

MAY 28 1917  
UNIV. OF MICH.  
**ANNALES**  
DE  
**DERMATOLOGIE & SYPHILIGRAPHIE**

FONDEES PAR A. DOYON.

CINQUIÈME SÉRIE

PUBLIÉE PAR

**L. BROcq**

Médecin  
de l'hôpital Saint-Louis.

**G. THIBIERGE**

Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

**J. DARIER**

Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

**H. HALLOPEAU**

Médecin honoraire de l'hôpital Saint-Louis,  
Membre de l'Académie de médecine.

**W. DUBREUILH**

Professeur à la Faculté de Bordeaux.

**CH. AUDRY**

Professeur à la Faculté de Toulouse.

SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION

**P. RAVAUT**

Médecin des hôpitaux de Paris.



ANNÉE 1916-1917

TOME VI. — N° 6. — NOVEMBRE 1916.

MASSON ET C<sup>ie</sup>, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

## CONDITIONS DE PUBLICATION

Les **Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie**  
Publieront douze numéros pendant les années 1916-1917.

Abonnement pour les douze numéros : Paris : 30 fr. — Départements et Union postale : 32 fr.

Secrétaire de la rédaction : Dr Paul RAVAUT, 5, rue de Rigny.

### PENDANT TOUTE LA DURÉE DES HOSTILITÉS

ADRESSER TOUT CE QUI CONCERNE LA RÉDACTION

à M. le Docteur THIBIERGE, 64, rue des Mathurins, PARIS.

Depuis le mois de Janvier 1916, les "Annales de Dermatologie" paraissent régulièrement. Mais en raison des circonstances, leur périodicité est ralentie; le tome VI sera, comme le tome V, publié en deux ans, à raison d'un numéro tous les 2 mois.

**COLOPLASTRE**  
LEUCOPLASTE FRANÇAIS  
**DE CAVAILLÈS**

**BANDELETTES ADHÉSIVES**  
caoutchoutées  
à l'oxyde de zinc  
pour PANSEMENTS  
en BOBINES

**EMPLATRES**  
ROUGE-CAVAILLÈS  
Aseptiques, Caoutchoutés, Fins, Souples, Adhésifs.

**EMPLATRES**  
à  
l'OXYDE DE ZINC.  
ROUGE DE VIDAL.  
ADHÉSIF-BORIQUE.  
VIGO fin, souple.  
OLEO-CADE (Huile de Cade décolorée).  
PYROGALLIQUE, SALICYLIQUE, etc.

CORRESPONDANCE, ÉCHANTILLONS : R. CAVAILLÈS  
69, Boul. Saint-Denis, COURBEVOIE (Seine).  
Dépôt : 9, Rue 4-Septembre, PARIS et Pharmacies

**VALÉRIANE** liquide de **L. PACHAUT**

La plus efficace des Préparations de Valériane. — La plus facilement acceptée par les Malades.

# SOMMAIRE DU NUMÉRO 6

Novembre 1916.

## TRAVAUX ORIGINAUX

- D<sup>r</sup> Carle et D<sup>r</sup> Carrère.** — Comment on traite actuellement la syphilis en France. . . . . 277
- Étienne Marcorelles.** — La thérapeutique intra-rachidienne dans la syphilis nerveuse, précoce et tardive. Étude critique. . . . . 299

## REVUE DE DERMATOLOGIE

- Actinomycose.** Actinomycose cervico-faciale, par *Petges et Baryet*. . . . . 312
- Anatomie de la peau.** Système de fibres connectives circulaires entourant les troncs nerveux de la peau humaine, par *Simonelli*. . . . . 312
- Expansions nerveuses dans le derme humain, par *Simonelli*. . . . . 312
- Canitie.** Sur un cas de canitie rapide, par *Lebar*. . . . . 313
- Eczéma.** Emploi des antiseptiques à base d'iode dans l'eczéma des jeunes enfants, par *M. Szabo*. . . . . 313
- Érythème noueux.** Érythème noueux et syphilis, par *A. Chauffard et M<sup>lle</sup> A. Le Conte*. 313
- Erythrodermie.** Quelques observations d'erythrodermie desquamative généralisée, par *M<sup>lle</sup> Loewe*. . . . . 314
- Externe (Éruptions de cause).** La diminution de la sensibilité de la peau et de l'organisme par les injections de sérum ou de sang du malade et de nucléinate de soude, par *B. Spiethoff*. . . . . 314
- Érythèmes de la face provoqués pour simuler un érysipèle, par *Nataletti et H. Roger*. . . . . 314
- Sur la suppression du poison des teintures, par *J. Colman*. . . . . 315
- Gangrène.** Gangrène symétrique des extrémités, du type Raynaud, et lésions artérielles, par *A. Souques*. . . . . 315
- Gelures.** Les gelures de pieds, par *A. Mouchet*. . . . . 315
- Les gangrènes produites par le froid, par *Lenormant*. . . . . 316
- Les moyens préventifs et curatifs des congélations, par *A. Plieque*. . . . . 316
- Note sur le traitement des cas de congélation par les injections sous-cutanées d'oxygène gazeux, par *A. Dumarest*. . . . . 317
- Lupus.** Lupus du gland, par *A. Kraus*. . . . . 317
- Contribution au traitement du lupus vulgaire par l'or et le cuivre, par *V. Mentberger*. . . . . 318
- Médicamenteuses (Éruptions).** Déterminisme étiologique d'un érythème maculopapuleux consécutif à la vaccination antityphique, par *Pr. Merkten et Achpise*. 318
- Érythème scarlatiniforme d'origine mercurielle (cas clinique), par *Sanz de Grado*. 318
- Neurofibromatose.** Anomalies de l'appareil visuel, de l'intelligence et du squelette associées à la neuro-fibromatose généralisée, par *E. Jeanselme*. . . . . 318
- Parasites animaux divers.** Maculae cœruleæ ou taches bleues par pulex irritans, par *Sommer et Greco*. . . . . 319
- Creeping eruption. Un cas avec mise en évidence de larves, par *Th. Cates*. . . 319
- Pellagre.** La pellagre chez les enfants, par *J. Comby*. . . . . 319
- Pemphigus.** Recherches sur un traitement du pemphigus par le contenu des bulles, par *T. Holobut et J. T. Lenartowicz*. . . . . 320
- Remarques sur l'article . . . de Holobut et Lenartowicz, par *F. Luthlen*. . . . 320
- Un cas de pemphigus végétant, par *Pringle*. . . . . 320
- Pilaire (Modifications du système — après les plaies de guerre).** L'hypertrichose dans les traumatismes des membres avec ou sans lésion nerveuse, par *Lebar*. . . . . 320
- Contribution à l'étude des troubles du système pileux et de la sudation spontanée des membres au cours des lésions traumatiques de guerre des nerfs périphériques, par *Maurice Villaret*. . . . . 321
- La croissance des phanères au cours de la réparation des plaies de guerre, par *E. Gley et Robert Loewy*. . . . . 321
- Pilaire (Régénération).** Nouvelles recherches sur l'action des procédés actinothérapiques sur la régénération pileuse, par *Peyri*. . . . . 322
- Plaies de guerre (Dermatoses consécutives aux).** Dermites consécutives aux blessures de guerre (Dermites eczémateuses, érythrodermies, kératodermies pyodermies, troubles trophiques cutanés), par *L. Butte*. . . . . 323
- Des eczémas artificiels durables, causés autour des plaies de guerre par l'abus des antiseptiques, par *R. Sabouraud*. . . . . 323

Voir la suite du sommaire à la page 3.

FICHES BIBLIOGRAPHIQUES

CUIR CHEVELU (MALADIES DIVERSES DU) — 1914 — 2

- Oppenheim.** Patientin mit Atrophia maculosa cutis mit Nevus flammeus und Atrophie der behaarten Kopfhaut. *W. D. G.*, nov. 13. *A. f. D.*, Berichtteil, avril 14, p. 863.
- Oppenheim.** Fall von Kutis verticis gyrata. *W. D. G.*, 21 janv. 14. *A. f. D.*, Berichtteil, juin 14, p. 45.
- Parounagian.** Lupus erythematosus, limited to the scalp. *Manhattan Dermatological Society*, janv. 14. *J. of C. D.*, juil. 14, p. 519.
- Rabello.** Un caso de tinha do couro cabeludo. *Boletim da Sociedade brasileira de Dermatologia*, 16 déc. 14, p. 63.
- Schiperskaja.** Sur le traitement de la trichophytie et du favus du cuir chevelu. *Société de Dermatologie et de Syphiligraphie Tarnowsky à Saint-Petersbourg*, 7 fév. 14.
- Turner.** Pulsating tumor of the scalp. *P. S. of L., Section for the Study of Diseases in Children*, 11 déc. 14, p. 32.
- Uriburu.** Higiene de la piel y cuero cabelludo en el medio escolar. *Revista de la Sociedad Dermatologica Argentina*, 14, p. 168.
- Veidnfeld.** Fall von Lupus erythematosus der Kopfhaut von sehr grosser Ausdehnung. *W. D. G.*, 19 fév. 14. *A. f. D.*, Berichtteil, juin 14, p. 30.
- Wolff.** Fall von Lupus erythematosus der behaarten Kopfhaut. *Strassburger dermatologische Gesellschaft*, 29 juin 13. *A. f. D.*, Berichtteil, avril 14, p. 886.

ECTHYMA ET PYODERMITES — 1914 — 1

- Baba.** Ein Fall von Ecthyma gangraenosum. *Dermato-Urologische Gesellschaft zu Osaka*, 9 mai 14. *Japanische Zeitschrift für Dermatologie u. Urologie*, août 14, p. 770.
- Chimisso.** Contributo alle manifestazioni cutanee della malaria, con particolare riguardo a una forma di ectima. *La Riforma medica*, 28 mars et 4 avril 14, p. 345 et 373.
- Copello.** La terapia vaccinale nelle affezioni stafilogene della pelle. *Società medica di Parma*, 19 juin 14. *Il Policlinico*, sezione pratica, 2 août 14, p. 1122.
- Deville.** Traitement des infections dues au staphylocoque et au streptocoque par les vaccins sensibilisés. *Thèse*, Paris, 14.
- Fage.** Séquelles de l'impétigo et de l'ecthyma: papillomatoses post impétigineuses. *Bulletin médical de l'Algérie*, 24 mars 14.
- Gottheil.** Pyoderma with excessive scarring. *Manhattan Dermatological Society*, oct. 13. *J. of C. D.*, mars 14, p. 234.
- Little.** Case of chronic dermatitis of the right arm: superficial ecthyma. *P. S. of L., Dermatological Section*, 19 nov. 14, p. 38.
- Mommamy.** Les pyodermites tuberculoïdes. *Thèse de Paris*, 14.

DERMATOMYCOSES — 1914 — 1

- Aoki.** Ueber die Methode der hängenden Tropfen bei der Kultur der Dermatomyeten nach Sabouraud. *Dermato-Urologische Gesellschaft zu Tokyo*, 7 fév. 14. *Japanische Zeitschrift für Dermatologie und Urologie*, avril 14, p. 340.
- Curtillet et Lombard.** Une nouvelle mycose. *Société de Chirurgie*, 10 juin 1914.
- Gavagnis.** Le micosi parassitarie cutanee. *Thèse de Doctence*, 14.
- Hudelo et Montlaur.** Un cas de lésions eczématoïdes de l'anus, de l'aîne et des orteils avec constatation d'un champignon de l'ordre des levures. *B. S. f. D.*, juin 14, p. 330.
- Hügel.** Falle von wahrscheinlicher Dermatomykose. *Strassburger Dermatologische Gesellschaft*, 29 juin 13. *A. f. D.*, Berichtteil, avril 14, p. 891.
- Kerl.** Prämykotisches Ekzem: *W. D. G.*, 3 déc. 13. *A. f. D.*, Berichtteil, avril 14, p. 873.
- Lombardo.** Sulla trasmissibilità per eredità e per allattamento dell'allergia nelle dermatomicosi sperimentali. *Atti della quindicesima riunione della Società italiana di Dermatologia*, déc. 13. *G. I. M. F.*, mai 14, p. 405.

ECZÉMA — 1914 — 3

- Bering and Enomoto.** Zur Aetiologie des Ekzems. *Dermatologische Section der 85. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte*, Wien, 21-27 sept. 13. *A. f. D.*, mai 14, p. 365.
- Bockhart.** Eucerinum-Unna zur Verhütung von Ekzemreziden. *D. W.*, 14 fév. 14, p. 193.
- Brodier.** Eczémas des membres traités par le coaltar. *Gazette médicale de Nantes*, 7 mars 14, p. 189.
- Christ.** Zur Kasuistik des « dentalen » bz w. « neurogenen » Ekzems. *D. C.*, janv. 14, p. 98.
- Dohi.** Roentgen ray for chronic eczema and acute inguinal lymphadenitis. *Sei-I-Kwai Medical Journal Tokyo*, avril 14.
- Enomoto.** Beiträge zur Aetiologie des Ekzems. *D. Z.*, fév. 14, p. 128.
- Gougerot.** Traitement local de l'eczéma. *Progrès médical*, 4 avril 14, p. 150.
- Kinch.** Eczema seborrhoicum psoriasiforme. *Manhattan Dermatological Society*, avril 13. *J. of C. D.*, janv. 14, p. 36.
- Laurent.** Action diurétique du sérum glucosé chez un malade porteur d'eczéma très suintant. *Société des Sciences médicales de Saint-Étienne*, 18 mars 14. *Loire médicale*, 15 mai 14, p. 217.
- Laurent.** Injections de sérum glucosé à un malade porteur d'eczéma avec oedème. *B. S. f. D.*, avril 14, p. 210.
- Lutembacher.** L'eczéma vésiculeux. *Monde médical*, 5 juin 14, p. 454.



Dermatoses développées autour des plaies de guerre et trajets fistuleux, par <i>A. Desaux</i> . . . . .	323
Prurit. Le prurit anal des hémorroïdes latentes, par <i>Matignon</i> . . . . .	324
Psoriasis. Le psoriasis émotif et traumatique, par <i>E. Gaucher</i> et <i>M<sup>lle</sup> Renée Klein</i> . . . . .	324
L'autothérapie dans le psoriasis, par <i>Howard Fox</i> . . . . .	324
Traitement du psoriasis par le sérum de cheval, par <i>Perry</i> . . . . .	325
Purpura. Scorbut infantile chez un enfant de quatre ans, nourri au lait homogénéisé, par <i>Georges Schreiber</i> et <i>François</i> . . . . .	325
Un cas de maladie de Barlow, par <i>Lassalle</i> . . . . .	325
Pyodermites. Les applications locales de fuchsine dans le traitement de l'impétigo et des pyodermites en général, par <i>Clementi Jerreira</i> . . . . .	325
Radiothérapie. Les résultats de la radiothérapie et de la radiumthérapie en théra- peutique cutanée, par <i>Gaucher</i> . . . . .	325
Sarcoïdes. Tumeurs sarcoïdes de la peau, par <i>R. L. Sutton</i> . . . . .	326
Sporotrichose. Présence du sporotrichum Beurmanni sur un épi de blé, par <i>A. Sartory</i> . . . . .	326
Sporotrichose à forme éléphantiasique. Présentation du malade et du moulage, par <i>L. Quegrat</i> . . . . .	326
Staphylococcie. Nouvelle application des vaccins staphylococciques, par <i>Covisa</i> et <i>G. Agustina</i> . . . . .	327
Tache mongolique. La tache bleue mongolique à São Paulo, par <i>Clementi Jerreira</i> . . . . .	327
Thérapeutique dermatologique. L'emploi du salvarsan dans les affections non- syphilitiques, par <i>Best</i> . . . . .	328
Trichophytie. Microsporie généralisée d'origine animale chez l'homme, par <i>G. Nobl</i> . . . . .	328
Sur la trichophytie secondaire lichénoïde, par <i>K. Herzheimer</i> et <i>H. Köster</i> . . . . .	328
Tuberculides. Recherches sur la pathogénie des tuberculides (sensibilisation de la peau par les produits bactériens) par <i>S. Grosz</i> et <i>R. Volk</i> . . . . .	329
Un cas de folliculite, d'origine irritative, semblable au lichen plan, par <i>M. Kauffmann- Wolf</i> . . . . .	329
Un cas de poussées successives de tuberculide lichénoïde (lichen scrofulosorum) dans le cours d'un lupus traité par la tuberculine, par <i>A. Sainz de Aja</i> . . . . .	329
Tuberculose cutanée. Tuberculose papillomateuse et scléreuse, en plaque de la face dorsale de la langue, par <i>J. de Azua</i> . . . . .	330
Quelques cas de tuberculose cutanée traités par le cyanure d'or et de potassium, par <i>A. Pasini</i> . . . . .	330
Particularités d'un cas de tuberculose végétante du bord rouge de la lèvre, par <i>Peyri</i> . . . . .	330
Urticaire. Le sérum humain dans l'urticaire, par <i>Swann</i> . . . . .	331
Du traitement de l'urticaire chronique par le nucléinate de soude, par <i>E. Weill</i> . . . . .	331
Vaccine. Sur les soi-disant nodules de laitiers (infection vaccinale), par <i>Friebes</i> . . . . .	331
Vaccine généralisée dans un cas d'eczéma de la tête, par <i>K. Obmann</i> . . . . .	332
Xanthélasma. A propos d'un cas de xanthélasma. Données cytologiques et histo- chimiques sur les xanthomzellen, par <i>Policard</i> et <i>Mangini</i> . . . . .	332
Herpès zoster avec paralysie du bras, par <i>Parkes Weber</i> . . . . .	332

FICHES BIBLIOGRAPHIQUES

ÉPITHÉLIOMA — 1914 — 5

- Abbé.** L'emploi du radium dans le traitement des affections malignes. *Archives d'Électricité médicale*, 25 juin 14.
- Adamson.** Epithelioma adenoides cysticum of Brooke in mother, daughter, and two sons, associated with so-called multiple endothelioma of the scalp; its relationship to multiple rodent ulcer. *P. S. of D., Dermatological Section*, 19 fév. 14, p. 95.
- Aimé.** Épithéliomas multiples de la peau, de structure pavimenteuse lobulée spinocellulaire, guéris par la radiothérapie. *Association française pour l'étude du cancer*, 27 avril 14.
- Balzer et Barthélemy.** Épithéliome plan cicatriciel et atrophique. *B. S. f. D.*, juil. 14, p. 363.
- Bathurst.** Malignant degeneration of skin blemishes. *Arkansas State medical Society Journal*, Little Rock, juil. 14.
- Baumgartner.** Le cylindrome conjonctivo-épithélial à prédominance mucoïde. *Thèse*, Paris, 14.
- Beckman.** Plea for early operation for cancer of lower lip. *Northwest medicine*, Seattle, janv. 14.

ÉPITHÉLIOMA — 1914 — 6

- Bergeret.** Cancers secondaires métastatiques des corps caverneux. *Archives urologiques de la Clinique de Necker*, 20 janv. 14.
- Bering.** Carcinom der Oberlippe übergreifend auf die Nasenschleimhaut. *Aerztlicher Verein zu Essen-Ruhr*, 3 mars 14. *Berliner klinische Wochenschrift*, 4 mai 14, p. 854.
- Bloodgood.** Cancer of the lower lip (Cancer control). *Boston medical and surgical Journal*, 8 janv. 14, p. 49.
- Boussi.** Épithéliomas de la paupière. Contribution à leur étude. Thérapeutique, radium-thérapie, röntgenthérapie. *Thèse*, Paris, 14.
- Caan.** Ueber Radium-bzw. Mesothoriumwirkung auf bösartige Geschwülste. *Aerztlicher Verein in Frankfurt-a-M.*, 5 janv. 14. *Münchener medizinische Wochenschrift*, 24 fév. 14, p. 443.
- Clark.** Epithelioma apparently developing on an old lupus erythematosus, healed by radium. *New York Academy of Medicine, Section on Dermatology*, 2 déc. 13. *J. of C. D.*, juin 14, p. 458.
- Clark.** Epithelioma of the skin treated by radium. *New York Academy of Medicine, Section on Dermatology*, 2 déc. 13. *J. of C. D.*, juin 14, p. 459.

ÉPITHÉLIOMA — 1914 — 7

- Clark.** Radium treatment of cutaneous epitheliomas by single or massive doses. *The Journal of the American medical Association*, 9 mai 14, p. 1453.
- Curtis.** Case of primary squamous epithelioma on the external aspect of the left nostril, illustrating the modern extensive operation for radical cure. *P. S. of L., Clinical Section*, 13 mars 14, p. 109.
- Darier.** La dermatose précancéreuse de Bowen, dyskératose lenticulaire et en disques. *A. d. D.*, août-sept. 14, p. 449.
- Davis.** Paraffin cancer; coal and petroleum products as causes of chronic irritation and cancer. *The Journal of the American medical Association*, 30 mai 14, p. 1716.
- Delbet et Herrenschildt.** Radium et cancer. *Association française pour l'étude du cancer*, 19 janv. 14.
- Döderlein und Seuffert.** Unsere weiteren Erfahrungen mit der Mesothoriumbehandlung des Karzinoms. *Münchener medizinische Wochenschrift*, 3 et 10 fév. 14, p. 225 et 313.
- Dominici.** Le traitement du cancer par le radium. *Société de l'Internat des Hôpitaux de Paris*, 24 mai 14.

ÉPITHÉLIOMA — 1914 — 8

- Dominici.** Radiumthérapie des cancers; état actuel de la question. *Société des Chirurgiens de Paris*, 8 mai 14.
- Dubreuilh.** Carcinome mélanique unguéal. *B. S. f. D.*, juil. 14, p. 399.
- Eddowes.** Case of radent ulcer. *P. S. of L., Dermatological Section*, 19 nov. 14, p. 36.
- Efron.** Cas de cancer de la peau. *Dermatologia*, mars 14.
- Ehrmann.** Radium- und Röntgenbehandlung des Hautkrebses. *Dermatologische Section der 85. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte*, Wien, 21-27 sept. 13. *A. f. D.*, mai 14, p. 347.
- Fabry.** Naevusartige Erkrankung am Oberschenkel. Epithelioma cysticum congenitale. *Verhandlungen der deutschen dermatologischen Gesellschaft XI. Kongress*, Wien, 18-20 sept. 13. *A. f. D.*, mai 14, p. 177.
- Flatau.** Mesothorium und Radium als Krebsmittel. *Aerztlicher Verein Nürnberg*, 18 déc. 13. *Deutsche medizinische Wochenschrift*, 10 fév. 14, p. 415.
- Fillié.** Ueber Hautmetastasen eines Schilddrüsenkarzinoms. *D. W.*, 13 juin 14, p. 676.

ous epi-  
ses. The  
ociation,

belioma  
nostril,  
peration  
Section,

Bowen,  
es. A. d.

troleum  
ion and  
medical

et can-  
ude du

weiteren  
behand-  
zinische  
et 313.  
par le  
itiaux de

rs; état  
urgiens

nguéal.

S. of L.,  
36.

rmatolo-

andlung  
tion der  
her und  
D., mai

a Ober-  
enitale.  
ogischen  
20 sept.

Krebs-  
18 déc.  
rist, 19

Schild-  
676.

fr  
ré  
de  
na  
tr  
pr  
ét

de  
ra  
ne  
le  
ti  
so  
à  
sé

cé  
m  
n'  
né  
M  
31

er  
ai

## TRAVAUX ORIGINAUX

---

### COMMENT ON TRAITE ACTUELLEMENT LA SYPHILIS EN FRANCE

Par

le **D<sup>r</sup> Carle** (de Lyon)  
médecin aide-major

et

le **D<sup>r</sup> Carrère** (de Tarbes)  
médecin aide-major

Chargés du service de vénéréologie de la <sup>---</sup> Armée.

Quelques centaines de syphilitiques ont passé depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1916 dans notre service d'ambulance faisant fonction de centre vénéréologique de la <sup>---</sup> Armée. Le hasard des affectations avait réuni là des malades venant de toutes les régions de la France; ils appartenaient à toutes les classes de la société; ils avaient été examinés ou traités par des médecins de toutes les écoles. L'occasion nous à paru bonne de faire une enquête un peu générale sur la façon dont était traitée la syphilis en France au début du xx<sup>e</sup> siècle.

Nous avions l'intention de nous borner à un tableau comparatif des médications et des résultats; puis, du fait même de la comparaison, quelques conclusions se sont imposées. Elles ne sont ni bien neuves ni bien originales. Nous n'avons cependant aucune pudeur à les rappeler, car ce travail nous a surtout démontré que, dans le retentissement des découvertes quotidiennes, éphémères ou durables, illusions ou réelles, les médecins avaient une tendance certaine à sacrifier à la mode du jour et à oublier les vérités premières, gages de toute sécurité pour nos malades.

Dans le tableau qui suit nous avons réuni les malades dont les antécédents nous ont paru certains et susceptibles de fournir un enseignement. Nous n'avons pas voulu faire état de ceux dont les souvenirs n'avaient pas la précision nécessaire, et nous avons dû également négliger un grand nombre de Marocains, Sénégalais, Martiniquais, Malgaches et Annamites. Notre statistique a été arrêtée à la date du 31 août 1916.

Ainsi écourté, ce tableau est encore bien long. Cependant nous croyons utile de le reproduire, car il est la base de notre travail, ainsi qu'il le serait de toute critique qu'on voudrait lui adresser.

Notre tableau comprend trois catégories de malades et chacune de

ces catégories deux subdivisions. En voici le détail avec le pourcentage de chacune :

Catégorie I. — Malades paraissant avoir reçu un traitement, sinon intensif, du moins suffisant.	A. — Arrivés sans accidents (4,74 %).
	B. — Arrivés avec des accidents (6,16 %).
Catégorie II. — Malades ayant reçu un traitement insuffisant.	A. — Par des injections (40,76 %).
	B. — Par la médication interne (11,83 %).
Catégorie III. — Malades dont la syphilis fut méconnue.	A. — Méconnus relatifs (tardivement traités) (14,22 %).
	B. — Méconnus absolus (jamais traités) (22,27 %).

(L'abréviation S. A. signifie sel arsenical, soit arséno-benzol, soit novarséno-benzol, soit galyl, soit luargol. Nous avons dû l'employer à cause de l'impossibilité où sont la plupart des malades de spécifier le médicament qui leur a été injecté.)

## § 1. — RÉSUMÉS DES OBSERVATIONS (1)

### CATÉGORIE I. — MALADES PARAISSANT AVOIR REÇU UN TRAITEMENT SINON INTENSIF DU MOINS SUFFISANT .

#### A. — Arrivés sans accidents spécifiques.

745. D... Mars 1915. 60 injections de biiodure en 2 séries, 8 injections intra-veineuses de S. A., 20 de cyanure de Hg. — *12 avril* : pyodermites jambes, folliculites.

728. Février 1915. Sirop de Gibert mars 1915; 155 injections de biiodure de mercure en plusieurs séries; en avril 1916, pilules mercurielles. — *2 avril* : angine herpétique.

736. B... Août 1915. 10 injections de biiodure, 3 injections intra-veineuses de S. A., 43 de cyanure de mercure à cette époque. — *23 mai* : céphalée, pas d'accidents apparents.

539. H... 1912. Traitement régulier par des injections de benzoate de mercure. Il y a 2 mois, 4 injections intra-veineuses de S. A. et de biiodure de mercure; n'a jamais eu d'accidents constatés. — *27 juin* : néant.

694. B... 1912. 200 injections de biiodure en plusieurs séries, 9 injections intra-veineuses de S. A. — *22 juin* : blennorrhagie.

563. C... Mai 1915. 4 injections intra-veineuses de S. A.; en juillet, pla-

(1) Dans toutes ces observations, la première date est celle du début de la maladie, la seconde (en italique) est celle de l'entrée dans notre service; cette dernière se rapporte toujours à l'année 1916.



ques muqueuses de la bouche, 15 injections de biiodure tous les 2 mois pendant 6 mois; depuis environ 6 mois, pas d'accidents, pas de traitement. — 24 juin: blennorragie.

836. M... Janvier 1915. En 1915, 16 injections de cyanure de mercure et 6 intra-veineuses de S. A. Il y a 2 ou 3 mois, injections de biiodure. — 19 juillet: pas d'accidents actuels.

538. G... Mars 1915. 6 frictions mercurielles, 12 biiodure; juillet 1915, 24 biiodure; septembre 1915, 20 biiodure; décembre 1915, 3 intra-veineuses de S. A.; janvier 1916, 20 biiodure. — 15 août: légère adénite inguinale gauche, cicatrices de plaques muqueuses de la lèvre.

716. P... Mai 1908. Pendant 3 ans: 1 huile grise par semaine pendant 3 mois, puis 1 mois de repos. Accidents secondaires pendant cette période. En 1911, 3 injections intra-veineuses de S. A.; avril 1916, iodure, pilules. — 17 août: rien de spécifique.

#### B. — Arrivés avec accidents.

734. A... Janvier 1915. Injections de biiodure, injections intra-veineuses de S. A., pilules. — 17 février: plaques muqueuses balano-préputiales.

721. F... Décembre 1915. 50 injections de biiodure, 2 injections intra-veineuses de S. A. — 20 mars: roséole, accidents secondaires du pharynx.

575. B... Février 1916. 15 injections de biiodure; récemment 22 injections de biiodure; 1 injection intra-veineuse de S. A., 2 galy à 0,20. — 24 juin: plaques muqueuses des piliers en voie de cicatrisation.

570. F... ? 18 injections de biiodure, 2 galy à 0,20, 1 injection intra-veineuse de S. A. à 0,15. — 24 juin: plaques muqueuses de la langue en voie de cicatrisation.

573. F... Janvier 1916. 19 injections de biiodure, 1 injection intra-veineuse de S. A., 2 galy. — 24 juin: plaques muqueuses de la lèvre en voie de cicatrisation.

723. D... Février 1916. 10 injections de biiodure, 1 injection intra-veineuse de S. A. à 0,15, 2 injections de galy à 0,20. — 24 juin: syphilis secondaire.

842. A... Avril 1916. 24 injections de biiodure. — 29 juin: plaques muqueuses des amygdales, syphilides du cou et du scrotum.

727. C... Avril 1916. 18 injections de biiodure. — 20 juin: roséole, papules syphilitiques du fourreau.

743. L... Mai 1916. 13 injections de biiodure; le 15 juin plaques muqueuses, 2 huile grise, 1 injection intra-veineuse de S. A., 60 pilules (3 par jour); a fini les pilules il y a 15 jours. — 28 juillet: ulcération syphilitique de la verge.

749. L... Mai 1916. 1 injection intra-veineuse de S. A. (0,30), 32 injections de biiodure, 8 injections d'huile grise. — 23 août: syphilides papuleuses disséminées.

533. D... Octobre 1914. 4 injections intra-veineuses de S. A.; décembre 1914, 9 biiodure; janvier à mars 1915, 24 biiodure et 40 pilules (roséole); 1915, avril à juin, 17 biiodure; juillet-août, 30 pilules (plaques); septembre-octobre, 30 pilules; novembre, 15 pilules. 1916, plaques; janvier-février, 17 biiodure et 5 intra-veineuses de S. A.; avril, 30 pilules; fin mai, plaques

anus. — 16 juillet : plaques muqueuses de la bouche depuis le début de juillet.

567. F... Janvier 1916. En mars 1916, 5 injections intra-veineuses de S. A.; en mai, 30 cyanure; depuis, pilules protoiodure. — 29 août : plaques muqueuses des lèvres et des amygdales, syphilides ulcéreuses du scrotum, syphilides papuleuses du fourreau.

509. P... Juin 1916. 7 injections intra-veineuses de S. A. — 31 août : accidents secondaires du prépuce, roséole.

#### CATÉGORIE II. — MALADES INSUFFISAMMENT OU IRRÉGULIÈREMENT TRAITÉS.

##### A. — Ayant été traités surtout par des injections.

855. D... Janvier 1916. 5 injections de biiodure. — 9 avril : plaques muqueuses de la verge.

649. L... Mai 1915. 4 injections intra-veineuses de S. A. — 15 mars : laryngite spécifique.

636. B... Novembre 1915. 30 injections de biiodure, 1 intra-veineuse de S. A. — 24 mars : laryngite spécifique.

729. C... Décembre 1915. 3 injections intra-veineuses de S. A. — 6 mars : céphalée, plaques muqueuses, adénite bilatérale (inguinale)

738. S... Février 1914. 3 injections intra-veineuses de S. A., injections de biiodure. — 17 février : plaques balano-préputiales, céphalée.

876. J... Août 1915, 20 injections de biiodure, 1 intra-veineuse de S. A. — 20 mars : plaques muqueuses des lèvres et du pharynx.

631. Q... Novembre 1915. Sirop de Gibert, 40 injections de biiodure, 3 injections intra-veineuses de S. A. — 24 mars : plaques muqueuses.

635. L... ? 5 injections de biiodure. — 24 mars : plaques muqueuses lèvre.

650. H... Décembre 1915. Injections S. A. — 29 mars : plaques muqueuses.

634. G... Décembre 1915. 40 injections de biiodure, 3 injections intra-veineuses de S. A. — 9 avril : plaques muqueuses de la bouche.

748. G... Février 1914. Pendant 2 mois injections de biiodure. — 23 mars : plaques muqueuses érosives balano-préputiales.

745. F... Novembre 1915. 2 injections intra-veineuses de S. A., 10 injections de biiodure. — 29 mars : plaques muqueuses.

706. L... Janvier 1916. 9 injections de biiodure. — 19 avril : plaques muqueuses du pharynx.

859. A... Février 1916. 2 injections de biiodure. — 19 mars : plaques sous phimosi inflammatoire, roséole.

874. P... Janvier 1916. 3 injections de biiodure. — 20 mars : plaques muqueuses sur l'amygdale gauche.

872. L... Décembre 1915. 18 injections de biiodure. — 20 mars : chancre non encore guéri, accidents secondaires.

852. P... Novembre 1913. En 1914, injections de biiodure; en 1916, injections de biiodure. — 14 avril : syphilides secondaires.

877. P... Novembre 1915. 40 injections de biiodure en 2 séries. — 20 mars : syphilides secondaires.

874. D... 1940. Traitement irrégulier de 2 à 3 mois, plus tard 40 injections de biiodure, 1 injection intra-veineuse de S. A. — 24 mars : accidents tertiaires, accidents nerveux.

864. L... Mars 1944. 4 injection intra-veineuse, 6 injections de biiodure. — 19 mars : plaques muqueuses de la bouche.

870. S... Septembre 1943. En 1943, 15 injections de biiodure. — 14 avril : plaques muqueuses des lèvres.

742. G... Novembre 1945. 48 injections de biiodure. — 6 mars : roséole, syphilides papuleuses.

856. P... Septembre 1945. Quelques injections de biiodure. — 9 avril : plaques muqueuses des lèvres.

783<sup>bis</sup>. D... 1943. 40 injections de biiodure. — 13 mars : syphilides cutanées.

744. B... Septembre 1945. 4 injections intra-veineuses de S. A. — 15 avril : plaques muqueuses des lèvres et du prépuce.

734. E... Janvier 1946. 5 injections de biiodure. — 20 mai : plaques muqueuses de la bouche.

738. D... Février 1946. 7 injections de cyanure de mercure. — 25 mai : roséole.

737. L... 1943. D'abord 8 injections intra-veineuses de S. A., puis 4, puis 2, pendant 6 mois pilules mercurielles. — 21 mai : plaques muqueuses du voile du palais.

727. B... Février 1946. Traitement local, 2 injections de biiodure. — 19 mai : plaques muqueuses (amygdales).

784. P... Décembre 1945. 40 injections de biiodure, 4 injection intra-veineuse de S. A. — 22 avril : plaques muqueuses, gland et bouche.

704. G... Fin décembre 1944. 5 injections intra-veineuses de S. A. en 1945 et 1 huile grise; récemment 2 injections intra-veineuses de S. A. — 27 juin : syphilides secondaires.

779. L... Septembre 1942. 30 injections de biiodure; en 1945 pilules mercurielles. — 9 juin : syphilides cutanées.

720. C... Janvier 1946. Récemment 6 injections de biiodure, 4 injection intra-veineuse de S. A., 2 galyl. — 24 juin : pas d'accidents actuels.

572. C... Août 1945. 44 injections de biiodure, puis 4 biiodure et 6 injections intra-veineuses de S. A. — 24 juin : plaques muqueuses de la bouche.

579. L... Février 1946. 7 injections de biiodure, 4 injection intra-veineuse, 2 galyl, 8 cuillerées de sirop de Gibert. — 24 juin : plaques muqueuses en voie de cicatrisation.

878. V... ? 49 biiodure, 2 galyl. — 24 juin : plaques muqueuses du sillon balano-préputial.

642. J... Janvier 1946. 22 injections de biiodure. — 22 juin : plaques muqueuses de la langue.

732. A... Juin 1945. 4 injections intra-veineuses de S. A., 15 biiodure. — 14 juin : syphilides du scrotum, plaques muqueuses.

545. P... 1940. 57 biiodure, 60 injections énésol; récemment 2 injections intra-veineuses de S. A. — 27 juin : ulcération tertiaire du gland.

529. Ch... 1944. 40 hectargyre; récemment 3 injections intra-veineuses de S. A., 4 biiodure. — 27 juin : plaques muqueuses.

849. B... Janvier 1915. 30 biiodure en 1915; en 1916, 43 biiodure, 4 galyl, 4 injections intra-veineuses de S. A. — 24 juin : angine spécifique.

661. M... Février 1914. 8 huile grise; septembre 1915, 2 injections intra-veineuses de S. A. — 3 juillet : plaques muqueuses.

544. B... Février 1915. 3 biiodure, 4 injections intra-veineuses de S. A., 4 huile grise; récemment 5 biiodure. — 3 juillet : condylomes anaux.

542. T... Juin 1907. Au début, 46 huile grise en 4 séries. — 16 juillet : tabes incipiens.

514. D... Juin 1915. En 1915, 7 injections intra-veineuses de S. A., 40 biiodure. — 27 juin : roséole.

546. V... Novembre 1915. 1 injection intra-veineuse de S. A.; dernièrement roséole traitée par 3 injections intra-veineuses de S. A., 4 biiodure. — 27 juin : rien d'apparent.

574. V... Avril 1916. 7 biiodure, 2 galyl. — 24 juin : roséole en voie de disparition.

580. M... 1914. 40 biiodure, sirop de Gibert; récemment 3 biiodure, 2 injections intra-veineuses. — 24 juin : ecthyma syphilitique des jambes.

572. G... Janvier 1916. 40 biiodure. — 27 juin : plaques muqueuses de la langue.

536. T... Mai 1916. 40 cyanure. — 19 juillet : roséole à larges macules.

728. N... Février 1916. 34 biiodure. — 4 juillet : éruption papuleuse généralisée.

860. L... Janvier 1916. 10 biiodure. — 19 mars : syphilides papuleuses du scrotum.

738. V... 1913. Injections de biiodure, hectine, injections intra-veineuses de S. A. — 18 mars : plaques muqueuses du sillon balano-préputial.

740. B... 1914. Traitement ayant duré 1 an (?). — 29 mars : syphilides papillomateuses de la région génitale.

539. L... Janvier 1916. 45 cyanure. — 3 juillet : nombreuses plaques muqueuses de la bouche et de la langue, roséole.

543. J... Décembre 1915. 22 biiodure; plus tard 2 injections intra-veineuses de S. A. — 27 juin : plaques muqueuses.

569. C... Septembre 1915. 18 biiodure, iodure. — 8 août : plaques muqueuses des lèvres et du scrotum.

554. D... 1907. Peu traité antérieurement; en juin 1916, 42 biiodure. — 18 juillet : ulcérations des amygdales, éruption psoriasiforme.

746. T... 1915. 20 biiodure. — 12 juillet : plaques muqueuses, bouche et bourses.

749. L... 1910. En 1910, 2 séries de 45 biiodure chacune; rien depuis. — 30 juillet : syphilides circinées croûteuses des jambes.

735. B... Décembre 1915. Janvier 1916, 20 biiodure; avril, roséole, 20 biiodure. — 28 juillet : plaques muqueuses de la gorge (amygdales) depuis mai, de la bouche (joues, langue) depuis juin.

739. V... Janvier 1915. 30 biiodure; avril 1915, laryngite, 3 injections intra-veineuses de S. A. et 10 biiodure; avril 1916, plaques muqueuses, 3 injections intra-veineuses de S. A. — 5 août : plaques muqueuses des lèvres, laryngite.

813. R... 1909. Au début, 30 biiodure; de 1911 à 1914, 6 huile grise

toutes les 6 semaines. — 15 juillet : accident tertiaire chancriforme ayant débuté en juin 1916.

727. V... Juillet 1914. Août 1914, 15 biiodure; novembre 1914, syphilides du cuir chevelu, 30 biiodure et 3 injections intra-veineuses de S. A.; en juin 1916, 4 biiodure. — 22 juillet : syphilides secondaires.

577. L... 1908. Pendant 2 ans, pilules; 5 mois après, laryngite; tous les ans, 20 benzoate. — 8 août : pyodermite non syphilitique.

544. M... Décembre 1915. 15 biiodure et injections intra-veineuses de S. A. (3 gr. 15 en 6 injections) (janvier 1916). — 8 août : syphilides papuleuses du scrotum et plaques muqueuses de la bouche et de l'anus.

720. H... Janvier 1915. 5 injections intra-veineuses de S. A., 12 biiodure; juin 1916. 8 biiodure, 4 injections intra-veineuses; reçoit à l'ambulance en juillet 1916, 17 biiodure et 2 injections intra-veineuses de S. A.; revient le 17 août. — 6 juillet : pas d'accidents spécifiques, eczéma de l'anus. — 17 août : se plaint de plaques de la bouche, ne présente aucun accident syphilitique. Le 22 août, sur la lèvre inférieure, lésion d'allure traumatique.

548. H... 1912. 10 huile grise et plusieurs mois après 10 biiodure; en 1914-15, en 10 mois 200 piqûres de biiodure; novembre et décembre 1915, 7 injections intra-veineuses de S. A. et 20 cyanure. — 15 août : syphilides croûteuses de la jambe gauche.

547. F... 1911. Traitement local et 40 biiodure, pas traité jusqu'en 1915; en 1915, 30 pilules en 1 mois et cachets, puis 60 injections de biiodure en 3 mois; en juillet 1916, plaques muqueuses et 4 injections intra-veineuses de S. A. — 15 août : plaques leucoplasiques en voie de répression, dans la région rétro-molaire.

833. C... 1916. En juin, 10 biiodure, 3 galyl. — 20 août : érosion du gland? céphalée persistante.

832. L... Mai 1916. 4 biiodure. — 20 août : syphilides papuleuses du dos, du thorax, assez clairsemées.

565. P... Décembre 1915. 21 biiodure, ni accidents ni traitement depuis. — 14 août : érosions un peu indurées du gland, papillomes fourreau et sillon.

575. C... Juin 1916. 12 énécol. — 20 août : plaques muqueuses des amygdales, roséole de retour, plaques fissurées de la langue.

580. Me... Septembre 1914. La première année, 4 séries de 0,20 centigrammes de biiodure, 5 injections intra-veineuses de S. A., 6 huile grise, 19 benzoate, 10 biiodure; en 1915, accidents du pharynx. — 22 août : syphilide ulcéreuse de la paroi postérieure du pharynx.

715. J... Mai 1916. 12 injections de biiodure. — 10 août : roséole à larges macules, plaques muqueuses ulcéreuses amygdales, adénite sous-maxillaire.

721. B... 1915. Novembre 1915, 6 biiodure, 5 injections intra-veineuses de S. A. et quelques pilules. — 18 août : plaques muqueuses du gland.

707. B... 1913. 30 injections de biiodure, 10 injections d'huile grise, puis pilules et comprimés mercuriels; en 1915, éruption et 15 injections de biiodure. — 14 août : syphilides papuleuses du prépuce, placards sur les fesses et les bras, syphilides du cuir chevelu, périostite du tibia gauche.

523. M... 1906. Roséole en 1906, bains sulfureux, pilules; en 1911, pla-

ques de la gorge? 6 injections de 102; en 1944, éruption, bains sulfureux et 2 injections intra-veineuses de S. A.; en 1945, 4 biiodure; en 1946, 4 intra-veineuses de S. A. — 30 août: traces d'ecthymas guéris, leucoplasies des commissures, légèrement ulcérée à gauche.

535. M... Juin 1944. Septembre 1944, sirop de Gibert pendant 45 jours; janvier 1945, accidents secondaires, 20 biiodure: septembre 1945, 40 biiodure; octobre 1945, 24 biiodure. — 31 août: syphilides de la verge et du scrotum, plaques muqueuses de la lèvre supérieure.

563. P... Juin 1945. 1945, 30 biiodure; de juillet 1945 à mars 1946, comprimés de protoiodure; mars 1946, plaques muqueuses, 44 biiodure. — 29 août: plaques muqueuses des lèvres et du gland.

564. C... 1908. 24 biiodure, plus tard 3 intra-veineuses de S. A.; en 1910, 2 séries de 24 biiodure; en 1945, injections intra-veineuses de S. A.; en 1946, cachets. — 27 août: céphalée, vertiges, paresse des réflexes pupillaires, troubles de la station debout, tremblement généralisé.

572. P... Décembre 1945. 5 biiodure, 4 calomel. — 26 août: plaques muqueuses multiples du pharynx et du prépuce, syphilides papuleuses (ventre et thorax).

840. L... Décembre 1945. Jusqu'en mai 1946, 20 biiodure, 20 benzoate, 40 cyanure. — 26 août: deux petites plaques amygdaliennes.

740. P... Février 1946. 1 injection intra-veineuse de S. A., 3 biiodure. — 31 août: syphilides du scrotum et de l'anus.

748. A... 1909. En 1909, 42 biiodure et 8 piqûres d'olarsol (?); en 1945, condylomes, injections; frictions en mai. — 26 août: plaques leucoplasiques des commissures.

739. H... Janvier 1946. 4 injections intra-veineuses de S. A., 40 biiodure. — 15 août: roséole, plaques muqueuses de la langue et des lèvres, du prépuce et du gland.

#### B. — Ayant été principalement traités par la médication interne.

732. B... 1907. En 1907, pilules et sirop de Gibert; en 1945, 3 injections intra-veineuses S. A. — 16 février: ulcération syphilitique du nez.

706. R... 1944. Pilules. — 6 mars: plaques leucoplasiques de la bouche et du gland.

862. P... Mars 1945. Pilules et 5 biiodure. — 19 mars: plaques muqueuses de la bouche et laryngite.

739. D... Février 1946. Pilules. — 1<sup>er</sup> mai: plaques ulcéreuses du gland, plaques muqueuses du pharynx, condylomes péri-anaux.

745. H... 1904. Sirop de Gibert; 7 ans après, encore sirop de Gibert; récemment 7 biiodure, 4 intra-veineuse. — 22 juin: syphilides croûteuses, leucoplasie buccale.

750. V... 1908. Pilules de protoiodure jusqu'en août 1914. — 7 juin: effondrement des os du nez ayant débuté il y a 6 ans, ulcération du voile du palais.

734. F... Juillet 1945. 30 biiodure, puis tous les 40 jours 20 pilules de protoiodure. — 4 juillet: roséole, plaques muqueuses des lèvres et de la gorge.



743. Ch... 1896. Iodure, pilules pendant 45 jours; en 1898, syphilides croûteuses, iodure, pilules pendant 2 mois; rien depuis. — 29 mai: vaste ulcération circinée de la face postérieure de la cuisse gauche.

747. P... 1893. Pilules. — 9 juillet: a eu le 7 juillet une hémiplegie suivie d'une amélioration spontanée.

728. B... 1892. Sirop et pilules à cette époque. — 26 juin: arrive sans accidents spécifiques.

574. L... Mars 1916. 40 pilules. — 27 juin: plaques muqueuses de la bouche et du prépuce, céphalée nocturne.

839. D... 1902. En 1902, 2 mois de pilules avec 45 jours de repos, sirop de Gibert. — 5 août: condylomes anaux volumineux.

572. A... 1900. Pilules pendant 4 mois 1/2. — 8 août: ecthyma, profond de la jambe droite.

579. E... 1894. — Sirop de Gibert et iodure; a eu jadis des lésions condylomateuses du pubis. — 7 juillet: épaississement de la région pubienne et formations papillomateuses, orchite syphilitique.

732. P... 1907-08. 200 pilules, au début. — 12 juillet: plaques et leucoplasie buccale.

749. M... 1894. Sirop de Gibert pendant 2 ans; à cette époque, roséole et syphilides cutanées, puis aucun accident et aucun traitement jusqu'en mars 1914; à cette époque, début de paralysie gauche, 60 énéso, 20 huile grise; accentuation de la paralysie, troubles cardiaques, pulmonaires, stomacaux, 30 énéso. — 28 juillet: troubles psychiques.

744. B... 1903. Pilules, sirop de Gibert, plus tard 2 intra-veineuses de S. A.; en 1915, quelques piqûres de cyanure de mercure. — 27 juillet: douleurs dans le bras gauche, céphalée, fatigue générale.

564. P... 1900. Sirop de protoiodure pendant 4 ans; en octobre 1915, 20 biiodure; avril 1916, 28 biiodure et 7 intra-veineuses de S. A. — 11 août: érosion sur la partie postérieure du scrotum n'ayant pas de caractères syphilitiques.

687. O... 1944. 50 pilules par mois pendant 2 ou 3 mois; décembre 1915, plaques anus, 30 biiodure, 5 injections intra-veineuses de S. A. — 15 août: induration indolore du testicule droit avec adhérence de la peau, 2 gommès fluctuantes.

547. C... 1913. Cachets protoiodure, puis 3 biiodure, puis cachets pendant 3 à 4 mois. — 24 août: syphilides papuleuses du prépuce et du scrotum.

834. B... Mai 1914. 6 biiodure, 3 mois de pilules; juin 1915, roséole et 3 mois de pilules; août 1915, plaques de la bouche; 6 injections intra-veineuses de S. A. et 20 biiodure. — 14 août: plaques muqueuses de la lèvre inférieure.

509. B... 1944. 18 injections de biiodure, iodure et pilules pendant 2 ans; pas de traitement depuis avril 1916. — 31 août: (angine) dysphagie sans lésions syphilitiques apparentes.

538. R... 1908. Pendant 2 ans 1/2, pilules de Ricord, 2 par jour pendant 20 jours et repos d'un mois; 1912, 1 injection intra-veineuse de S. A.; 1915, 50 cyanure, 5 biiodure, 5 injections intra-veineuses de S. A. — 26 août: plaques érosives sur la place de l'ancien chancre, leucoplasie buccale.

562. D... 1894. 1894, iodure; de 1904 à 1908, iodure 1 mois sur 2; 1908, iritis, pilules de protoiodure; de 1908 à 1914, iodure irrégulièrement. — 30 août: dysphagie, leucoplasie de la langue très étendue (dos seul respecté), leucoplasie aux commissures.

536. Th... 1903. Liqueur de Van Swieten pendant 2 ans; jusqu'en 1914, pas traité; 1914, 2 injections intra-veineuses de S. A. et pilules; avril 1916, 24 biiodure; mai 1916, 8 biiodure. — 25 août: ne présente aucune lésion spécifique, se plaint de vagues douleurs articulaires.

### CATÉGORIE III. — MALADES DONT L'AFFECTION A ÉTÉ MÉCONNUE.

#### A. — Méconnue au début, puis traitée tardivement.

742. J... ? En juillet 1915, ecthyma syphilitique, 4 injections intra-veineuses de S. A. — 15 mars: condylomes périanaux.

750. C... 1906. En 1903, iodure, injections de biiodure; pas traité depuis 1 an 1/2. — 17 avril: érosions dans la bouche et plaques de leucoplasie.

740. H... ? Fin 1913, accidents ulcéreux des jambes traités par 14 injections intra-veineuses, puis biiodure. — 24 mars: adénopathie sous-maxillaire et cervicale; reste de paralysie faciale.

742. R... Août 1914. En octobre 1914, 4 mois de pilules; janvier 1915, 15 biiodure. — 2 mai: plaques muqueuses, céphalée.

540. R... 1905. En 1915, 5 injections intra-veineuses de S. A. — 18 juin: accidents tertiaires.

521. R... Juillet 1915. En 1916, 5 benzoate, 20 biiodure; en juin, 2 injections intra-veineuses de S. A. — 27 juin: plaques muqueuses du pharynx et des lèvres.

531. A... Avril 1916. En juin 1916, 6 biiodure. — 3 juillet: plaques muqueuses du pharynx, condylomes anaux.

558. L... ? En juin 1916, roséole et plaques muqueuses, 9 biiodure, 2 galyt. — 25 juin: 3 plaques muqueuses des lèvres, restes de roséole.

843. L... Juillet 1915. Mars 1916, 3 injections intra-veineuses de S. A. — 10 juillet: plaques muqueuses des joues et des lèvres.

741. S... ? Janvier 1916, accidents cutanés, biiodure; 13 mai 1916, accidents cutanés. — 25 juin: syphilides cutanées, plaques muqueuses des piliers et des amygdales.

840. B... ? Assez récemment 2 injections intra-veineuses de S. A. — 28 juin: plaques muqueuses de la langue et du pharynx (syphilides), du scrotum.

558. S... ? Septembre 1915, 1 injection intra-veineuse de S. A. — 27 juin: syphilides secondaires.

746. B... 1900? En février 1915, biiodure. — 6 juillet: perforation du palais par des lésions encore en activité.

516. L... 1911. Assez récemment, 3 injections intra-veineuses. — 27 juin: accidents syphilitiques tertiaires.

533. R... 1901. Évacué le 1<sup>er</sup> avril 1916 pour paralysie générale, injections intra-veineuses de S. A. — 27 juin: inégalité pupillaire.

831. A... ? Mars 1916, syphilides du scrotum, injections de biiodure. avril 1916, plaques muqueuses, 21 biiodures. — 11 juin : syphilides papuleuses du scrotum et de la verge, des fesses, des cuisses, plaques muqueuses du pharynx.

749. M... ? En 1905, accidents tertiaires; récemment, 1 injection calomel, iodure. — 22 juin : ulcérations ecthymateuses profondes.

865. D... ? Février 1916, lésions du pharynx, injections de biiodure, 1 injection intra-veineuse. — 24 mars : accidents secondaires du pharynx.

739. H... Mai 1915 ? En août 1915, roséole, 4 injections intra-veineuses de S. A. et 5 à 6 biiodure; avril 1916, pilules. — 10 juillet : syphilides du scrotum, roséole de retour à larges macules.

567. V... Novembre 1915. En janvier 1916, 4 injections intra-veineuses de S. A. — 7 juillet : roséole, plaques muqueuses des amygdales et des piliers.

707. D... 1902. En 1912, injections de biiodure; récemment, 1 injection intra-veineuse de S. A. — 27 juin : énorme ulcération polycyclique de la fesse.

785. L... ? Récemment angine, 6 injections de biiodure. — 31 mai : leucoplasie buccale, reste d'adénite inguinale.

823. T... ? En 1914, roséole et syphilides verge et anus, 3 injections intra-veineuses de S. A. — 27 juillet : ulcération tertiaire du prépuce.

825. P... Mai 1916. Récemment 3 biiodure. — 15 juillet : roséole, plaques muqueuses du pharynx et de l'anüs.

832. B... 1912. Avril 1916, 27 biiodure. — 19 juillet : syphilides cuir chevelu, plaques muqueuses des lèvres et de l'anüs.

833. B... Début 1915 ? Novembre 1915, roséole, 60 biiodure, 5 injections intra-veineuses de S. A. — 24 juillet : plaques muqueuses de la bouche.

840. C... ? En mars 1916, roséole, 2 séries de biiodure. — 31 juillet : plaques muqueuses des amygdales.

558. G... Juin 1914. Juillet et septembre 1915, 40 biiodure. — 5 août : syphilides des bourses et de l'anüs.

546. R... Juin 1914. Février 1915, 13 biiodure; mars 1915, 20 biiodure; décembre 1915, 0,35 calomel; 5 mois à la Bourboule, ensuite 2 injections intra-veineuses de S. A., 4 benzoate. — 21 juillet : syphilides secondaires du scrotum, roséole, plaques muqueuses des lèvres et de l'anüs.

708. S... 1902 ? Non traité au début; octobre 1915, plaques muqueuses bouche, 20 injections de biiodure; juillet 1916, plaques muqueuses de la bouche, sirop de Gibert, frictions mercurielles. — 11 août : plaques des lèvres et de la langue.

#### B. — Jamais traités.

744. D... 1909. Néant. — 18 mars : syphilides tertiaires des muqueuses génitales.

863. R... Janvier 1916. Néant. — 19 mars : syphilides du prépuce et du scrotum.

873. M... 1905. Néant. — 20 mars : ulcération et gomme du voile du palais.

849. L... Février 1916. Néant, cicatrisation spontanée. — 18 mars : condylomes anaux et péri-anaux.

734. E... 1908. Néant. — 25 avril : plaques leucoplasiques de la langue.

733. R... Décembre 1945. Néant. — 9 avril : syphilides cutanées généralisées.

720. B... Novembre 1945. Néant. — 9 juillet : plaques muqueuses des piliers et des lèvres.

748. O... Avril 1946. Néant. — 22 juin : plaques muqueuses des amygdales.

814. S... ? Néant. — 24 juin : syphilides cutanées.

824. M... 1942 ? Néant. — 18 juin : syphilides ulcéreuses du scrotum et du pli génitocrural.

736. L... Blennorragie en février 1946. Néant. — 21 juin : plaques muqueuses des lèvres, de la langue et du pharynx, syphilides ulcéreuses du scrotum, de la verge et du périnée, roséole à larges macules.

825. Ab... 1942 ? — 19 juin : douleurs articulaires nocturnes. W = + +.

745. M... Janvier 1946. Néant. — 5 juin : roséole, plaques muqueuses étendues des lèvres et du pharynx, syphilides du cuir chevelu.

644. B... ? peut-être héréditaire. — 28 mai : disparition de la luette, des piliers et de l'amygdale gauche; ulcération de la fossette sus-amygdaliennne droite.

782. M... ? Néant. — 4 mai : gomme présternale ulcérée.

867. C... Début 1946. Néant. — 2 mai : plaques muqueuses très étendues.

737. A... Novembre 1945. Néant. — 17 février : roséole à larges macules, plaques muqueuses des piliers et des amygdales.

779. M... Février 1946. Néant. — 4 avril : plaques muqueuses de la lèvre, de la langue et du pharynx.

875. G... ? Néant. — 20 mars : ecthyma syphilitique des jambes.

637. T... 1943. Néant. — 24 mars : accidents secondotertiaires des lèvres, laryngite syphilitique.

709. R... ? Néant. — 16 février : papules ulcérées, roséole.

728. C... Octobre 1945. Phimosi inflammatoire. Néant. — Février : syphilides du cuir chevelu.

742. S... ? Néant. — Février : tabes incipiens. W = + + +.

784. B... Avril 1946. Néant. — 27 juin : syphilides cutanées généralisées.

550. V... ? Néant. — 24 juin : syphilides lichénoides généralisées, plaques opalines des amygdales, alopecie syphilitique.

834. R... Juillet 1945. Néant. — 30 juillet : syphilides du gland et du scrotum, plaques muqueuses des lèvres et des amygdales.

535. E... Février 1946. Néant. — 30 juillet : plaques muqueuses de la bouche.

740. G... Juin 1946. Néant. — 5 août : syphilides exubérantes du scrotum et de l'anus.

741. F... Décembre 1945. Néant. — 30 juillet : plaques muqueuses de la bouche et de la langue.

743. J... Avril 1946. Néant. — 11 juillet : syphilides secondaires.

553. M... Juillet 1945. Néant. — 18 juillet : ulcérations syphilitiques périanales.

594. C... ? Néant. — 14 avril : ecthyma des jambes traité d'abord localement et par le repos sans amélioration, piqûres de biiodure, amélioration et guérison très rapide.

545. V... ? En 1904, éruption ? Néant. — 15 juillet : cicatrices jambonnées sur les bras et les jambes, ulcération tertiaire de la lèvre, plaques leucoplasiques des lèvres et de la langue.

747. R... ? Néant. A été traité dans diverses formations depuis mars 1916 pour angine, oreillons, conjonctivite et 2 fois pour varicelle. — 17 août : grosses syphilides papuleuses de la face, syphilides en grains de plomb sur le corps, plaques muqueuses de la bouche et des amygdales, iritis syphilitique.

722. O... ? Blennorrhagie (?) en 1903, dépuratifs, sirop de raifort, alopecie en 1912 (bains phéniqués et poudre). — 10 août : syphilides ulcéreuses du prépuce, de la face, du bras, de la fesse et du dos.

734. R... 1911. Jamais traité. — 14 août : ulcération tertiaire du prépuce, ethyma syphilitique de la jambe droite.

723. G... Mai 1916 ? Éruption acnéiforme depuis juin ; pas traité. — 18 août : syphilides acnéiformes généralisées.

742. C... 1914 ? Néant. — 9 août : ulcération assez profonde du pilier droit et du voile, avec adénite droite, dure, mobile, indolore.

704. P... ? Non traité. — 2 août : cicatrice de chancre, adénite bilatérale, condylomes péri-anaux.

588. C... ? Non traité. — 24 juillet : placards jambonnés polycycliques à bords crouteux, indolents, cicatrices sur le bord de la langue.

510. D... 12 juin 1916. Non traité. — 31 août : syphilides ulcéreuses du scrotum, roséole de retour, plaques muqueuses du pharynx.

512. E... 1900 ? Pas de traitement. — 31 août : ulcération de la verge d'allure tertiaire.

560. M... 14 juillet 1916. Néant. — 27 août : roséole, syphilides papuleuses, plaques muqueuses des lèvres.

568. S... Décembre 1915. Néant. — 30 août : syphilides du prépuce avec phimosis inflammatoire, syphilides du scrotum, roséole de retour.

786. M... ? Néant. — 12 février : folliculites. — Revenu le 28 juin : éruption acnéiforme tenace, réaction de Wassermann négative. En août, les lésions du dos ont tendance à prendre un aspect circiné.

652. C... ? Néant. — 15 mai : ulcération de la jambe d'allure banale, réaction de Wassermann négative.

751. C... ? Néant. — 20 juillet : lésions cutanées d'allure trichophytique.

## § 2. — RÉFLEXIONS SUGGÉRÉES PAR LE TABLEAU PRÉCÉDENT

CATÉGORIE I. — MALADES PARAISSANT AVOIR REÇU UN TRAITEMENT SUFFISANT.

A. — Arrivés sans accidents. — Le nombre des malades de cette catégorie est très restreint et il est évidemment très inférieur à la réalité ; mais notre statistique, portant uniquement sur les cas que nous avons vus et non sur tous les syphilitiques d'une Armée, ne peut pas avoir une valeur absolue à ce point de vue.

Il y a dans les corps et les diverses formations quantité de syphilitiques qui furent bien traités et dont aucun accident actuel ne nécessita l'évacuation. Ceux, de cet ordre, qui nous furent envoyés, entrèrent dans notre service, soit pour des affections n'ayant rien à voir avec la syphilis, soit pour y subir un nouveau traitement que leur médecin croyait utile en présence de lésions qu'il jugeait spécifiques.

Nous constatons simplement que, quelles qu'aient été les médications, elles furent instituées dès le début de la maladie et assez régulièrement suivies. De ces faits une conclusion se dégage qui n'a aucune prétention à être nouvelle, c'est qu'un *malade bien traité a en général pas ou très peu d'accidents*. Si banale qu'elle paraisse, on ne saurait trop la répéter, car, ainsi que nous le verrons plus loin, et surtout à la catégorie II, beaucoup de malades et aussi, trop de médecins s'endorment dans la fausse sécurité que donne la disparition rapide des premiers accidents et prennent pour guérison les phases de répit de la maladie.

Est-ce à dire que cette proposition ait une valeur absolue? Non, pas plus que n'importe quelle loi biologique, et la liste des malades que nous trouvons dans le paragraphe suivant (subdivision B de la catégorie I) prouve qu'on peut avoir reçu un traitement en apparence suffisant et présenter malgré cela des accidents.

**B. — Arrivés avec des accidents.** — Ces cas ne sont pas très nombreux et les accidents présentés par les malades sont plutôt bénins.

De l'examen de ces observations, nous retiendrons un double enseignement :

1° De même que pour toutes les maladies, il n'y a pas une syphilis mais des syphilitiques. Tel bon paysan, vaguement traité par des pilules, pourra avoir la chance d'échapper à des retours offensifs fréquents de la maladie, alors qu'un ouvrier des villes exposé à des fatigues et intoxications diverses (veilles, alcool, etc....) verra, malgré un traitement plus sérieux, réapparaître des accidents.

2° On doit apporter un esprit critique et prévenu dans l'interprétation des médications complaisamment énumérées par le malade ou rapportées sur son billet d'hôpital. C'est fort bien d'apprendre qu'il a reçu 15 injections de biiodure et 4 injections intra-veineuses, mais il faudrait savoir à quelle dose et comment ces injections ont été faites. Notre expérience personnelle nous a démontré que les injections intramusculaires entre les mains d'opérateurs néophytes ou sollicités par les malades ont parfois une tendance à diminuer singulièrement en nombre et en qualité. D'autre part, nous avons vu souvent arriver dans notre centre des malades, soi-disant porteurs d'injections intra-veineuses de sels arsenicaux, chez lesquels l'énorme réaction inflammatoire du tissu



cellulaire du pli du coude témoignait de tentatives thérapeutiques louables, mais dont l'exécution n'avait pas été heureuse.

Voilà pourquoi, quand on parle de traitement intensif, on est en droit d'exiger des précisions.

Ces réserves étant faites, nous devons reconnaître que les résultats ne paraissent pas avoir été particulièrement brillants dans les cas que voici :

Le n° 721. F... qui, présentant un chancre en décembre 1915, reçoit 50 injections de biiodure et 2 injections intra-veineuses d'un sel arsenical. Il arrive le 20 mars avec une roséole et des plaques du pharynx.

Le n° 743. L..., accident primitif en mai 1916, reçoit 13 injections de biiodure, 2 d'huile grise, 1 injection intra-veineuse d'un sel arsenical, absorbe 60 pilules à raison de 3 par jour et arrive le 28 juillet avec une vaste ulcération spécifique de la verge.

Le n° 533. D..., dont le chancre date d'octobre 1914, reçoit d'abord 4 injections intra-veineuses d'un sel arsenical, puis en décembre 1914, 9 biiodure; de janvier à mars 1915, 24 injections de biiodure et 40 pilules, puis successivement 17 injections de biiodure, 75 pilules en 3 séries, puis en 1916 17 injections de biiodure, 5 injections intra-veineuses de sel arsenical et enfin en avril 30 pilules. Il se présente à nous le 16 juillet 1916 présentant de nombreuses plaques muqueuses de la bouche qui ont apparu au début du mois.

Le n° 567. F..., chancre de janvier 1916, a reçu 5 injections intra-veineuses arsenicales, 30 de cyanure de mercure, puis de nombreuses pilules de mercure et arrive le 29 août avec des plaques muqueuses des lèvres et des amygdales, et des syphilides du scrotum et du fourreau.

Le n° 509. P... présente un chancre en juin 1916, reçoit 7 injections arsenicales intra-veineuses et vient dans notre service en août avec de la roséole et un accident secondaire de la verge.

## CATÉGORIE II. — MALADES INSUFFISAMMENT OU IRRÉGULIÈREMENT TRAITÉS.

**A. — Malades traités par la médication hypodermique ou intra-veineuse.** — Tous ces traitements ayant été notoirement insuffisants, il n'est pas surprenant que la maladie ait continué à évoluer. Pour la même raison, il n'y a guère d'enseignements très nets à glaner dans ces observations sur la valeur respective des diverses médications.

On serait tenté d'imputer à l'état de guerre le défaut de traitement sérieux. C'est tout à fait le contraire: en effet, si l'on se rapporte aux dates de début de la maladie, on voit que beaucoup de cas sont antérieurs, et certains très antérieurs à 1914; or si ces malades ont reçu un traitement digne de ce nom, c'est surtout depuis qu'ils sont mobilisés.

Tous ceux qui ont vécu dans un régiment sur le front ont pu constater la facilité avec laquelle les hommes viennent consulter le médecin, même pour des troubles qui ne les amèneraient pas, en temps normal, dans un cabinet médical; et la création des centres spéciaux a permis aux syphilitiques de recevoir un traitement énergique chaque fois que cela était nécessaire.

D'autre part, nous ne doutons pas que les médecins des régiments n'aient eu à cœur, comme l'a fait l'un de nous, pour maintenir les effectifs, de traiter au corps les syphilitiques ne présentant pas de lésions contagieuses, dans le but de prévenir le retour de nouveaux accidents. Cela est facile, il suffit de le vouloir et de mettre quelque insistance dans les demandes de médicaments.

De l'examen attentif des diverses observations qui nous occupent, trois notions thérapeutiques se dégagent qui dominent tout le pronostic de la syphilis :

1° *L'importance du traitement du débat*, sans cependant le considérer comme définitif, quelle que soit son intensité;

2° *La nécessité de le continuer régulièrement* pendant les délais classiques (2 ou 3 ans environ), *quel que soit le mode de traitement employé*, et *si remarquables que paraissent les premiers résultats obtenus*;

3° *La nécessité d'une surveillance médicale prolongée*, quelles que soient les apparences.

Ce sont là des vérités vieilles comme la syphilis et qu'on est cependant obligé de répéter toutes les fois que, sortant des cas particuliers, on envisage les résultats globaux comme nous le faisons en ce moment.

Lorsque paraît une médication nouvelle, il se trouve toujours quelque apôtre pour affirmer que la syphilis est désormais vaincue et que le traitement abortif est trouvé.

Cette tendance a particulièrement sévi depuis une vingtaine d'années et sa dernière manifestation, la plus éclatante, s'est faite à l'occasion du lancement commercial du salvarsan — alias 606 — avec un éclat digne des plus tumultueuses spécialités pharmaceutiques. Il est curieux de constater que la croisade pour la médication abortive fut menée à des époques différentes par les mêmes fidèles que nul échec ne pouvait rebuter; et ceux-là même qui avaient avorté avec le calomel, puis avec l'huile grise, puis avec le benzoate, avortèrent encore avec le 606, puis avec le 914, etc....

La plupart de ces affirmations ont été démenties par les faits, du moins en ce qui concerne le traitement abortif. Il en est cependant resté dans les esprits, malgré tout ce qui a été dit par la suite, une vénération particulière pour les injections intra-musculaires ou intra-veineuses, ce qui est bien, mais aussi une croyance souvent exagérée dans la persistance de leurs effets, ce qui est mal.

Une disparition plus rapide et plus prolongée des accidents, sous

l'influence d'une médication, plus active, a conduit les esprits à un optimisme dangereux ; et on a vu tel médecin qui donnait autrefois des pilules tous les mois se croire autorisé à espacer de plusieurs mois les séries de traitements, lorsque celles-ci consistent en injections intra-musculaires ou intra-veineuses.

Une connaissance plus judicieuse des armes dont on dispose contre le tréponème et de leur efficacité amène à conclure que le tir de barrage contre cet adversaire, toujours prêt à réagir, doit être durable, précis, méthodique et serré. De grands coups espacés peuvent le stupéfier momentanément, sans amoindrir pour cela sa valeur offensive dans l'avenir.

La grande majorité des malades de la catégorie II. A. sont des victimes de la croyance en la puissance souveraine d'une médication intensive. On a cru être quitte envers eux parce qu'on leur avait fait des piqûres. C'est là une interprétation abusive des excellents résultats donnés par les méthodes intra-musculaires et intra-veineuses.

La plupart avaient eu un bon traitement de début, mais la continuité n'a pas été assurée.

C'est ainsi que :

Le n° 748. G..., chancre en février 1914, reçoit pendant 2 mois des piqûres de biiodure, puis plus rien. Arrive en mars 1916 avec des plaques érosives balano-préputiales.

Le n° 779. L..., chancre en septembre 1912, reçoit 30 injections de biiodure et en 1915 absorbe seulement quelques pilules. Arrive en juin 1916 avec des syphilides cutanées.

Le n° 545. P..., chancre en 1910, reçoit 57 injections de biiodure, 60 injections d'énésol, puis seulement en 1916, 2 injections intra-veineuses arsenicales. Il se présente en juin 1916 avec une ulcération tertiaire du gland.

Le n° 542. T..., chancre en 1907, reçoit en tout 16 injections d'huile grise en 4 séries. Arrive en juillet 1916 avec un début de tabes.

Le n° 813. R..., chancre en 1909, reçoit alors 30 injections de biiodure et cesse tout traitement jusqu'en 1911. De cette époque à 1914, il reçoit 6 injections d'huile grise toutes les 6 semaines. Il arrive le 15 juillet 1916 avec un accident tertiaire chancroforme.

Le n° 739. V..., chancre en janvier 1915, reçoit 30 injections de biiodure ; en avril 1915, 3 injections intra-veineuses arsenicales et 10 injections de biiodure ; en avril 1916, 3 injections intra-veineuses arsenicales. Arrive le 5 août 1916 avec des plaques muqueuses des lèvres et une laryngite spécifique.

Le n° 739. H..., chancre en janvier 1916, reçoit 4 injections intra-veineuses arsenicales et 10 injections de biiodure. Arrive le 15 août 1916 avec de la roséole, des plaques muqueuses de la langue, des lèvres, du prépuce, du gland.

Le n° 719. L..., chancre en 1910, reçoit alors 2 séries d'injections de biiodure, puis plus rien. Arrive le 30 juillet 1916 avec des syphilides circinées croûteuses des jambes.

Dans le même sens on peut citer encore les n° 735. B..., 783<sup>bis</sup>. D..., 727. V..., 564. C..., 580. Me... etc.

Quelquefois, aussi, nous voyons qu'on a essayé de rattraper le temps perdu *en faisant un gros traitement au cours de la maladie*. La tentative est bonne, mais il ne convient pas de lui accorder une trop grande confiance.

Par exemple: Le n° 554. D..., qui, peu traité antérieurement, reçoit en juin 1916 12 injections de biiodure qui n'empêchent nullement l'évolution d'ulcérations amygdaliennes et de syphilides cutanées pour lesquelles il entre dans notre service en juillet 1916.

Le n° 548. H..., chancre de 1912, peu traité au début, reçoit en 1914 et 1915 des traitements sérieux dont le dernier, de décembre 1915, comporte 7 injections intra-veineuses arsenicales et 20 de cyanure, ce qui ne l'empêche pas d'arriver le 15 août 1916 avec des syphilides croûteuses de la jambe.

Le n° 535. M..., chancre de juin 1914, se contente au début de prendre pendant 15 jours du sirop de Gibert. A partir de janvier 1915, il reçoit des traitements plus actifs par des injections intra-musculaires, mais il arrive en août 1916 avec des syphilides de la verge et du scrotum et des plaques muqueuses de la lèvre supérieure.

4° Enfin, les observations suivantes prouvent *la vanité qu'il y a à parler de traitements abortifs avant de longues années*:

Le n° 741. B..., chancre de septembre 1915, reçoit dès le début 4 injections intra-veineuses arsenicales et arrive le 15 avril 1916 avec des accidents secondaires.

Le n° 704. G..., chancre en fin décembre 1914, reçoit aussitôt, au début de 1915, 5 injections intra-veineuses arsenicales et d'huile grise; plus récemment 2 injections intra-veineuses arsenicales, et arrive le 27 juin 1916 avec des syphilides secondaires.

Le n° 511. D..., chancre en juin 1915, reçoit dès le début 7 injections intra-veineuses arsenicales, 10 de biiodure et se présente le 27 juin 1916 avec une roséole à larges macules.

Le n° 544. M..., chancre en décembre 1915, reçoit au début 15 injections de biiodure et 6 injections arsenicales, faisant un total de 3 gr. 15 de sel. Il arrive le 8 août 1916 avec des syphilides papuleuses du scrotum et des plaques muqueuses de la bouche et de l'anus.

Le n° 737. L..., chancre en 1913, reçoit d'abord 8 injections intra-veineuses arsenicales, puis 4, puis 2, et prend pendant 6 mois des pilules de mercure. Arrive le 21 mai 1916 avec des plaques muqueuses du voile du palais.

B. — **Malades traités par la médication interne.** — Un simple coup d'œil jeté sur la liste des lésions présentées par les malades à leur arrivée dans notre centre en dit assez long sur l'insuffisance du traitement mercuriel par la voie interne.

Presque tous présentent des accidents graves : nécrose du nez, leucoplasie, ecthyma, perforation du voile du palais, vaste ulcération des membres, hémiplegie, sarcocèle, etc. Tel est le bilan de la médication pilulaire, qui mérite vraiment son discrédit actuel. Ce tableau le prouve une fois de plus.

Nous regrettons de constater que le traitement par frictions mercurielles ait été si peu employé. L'application en est, il est vrai, mal odorante, mais si pratique en temps de guerre ! Ce procédé est, dans tous les cas, bien supérieur comme résultats à l'absorption de pilules mercurielles confectionnées depuis des mois, et qui ont acquis la dureté voulue pour cheminer intactes d'un bout à l'autre du tube digestif.

Et pourquoi ne pas essayer les suppositoires mercuriels, d'un emploi très commode, parfaitement bien tolérés si la fabrication en est bonne et le mercure suffisamment éteint ? Ils ont donné à l'un d'entre nous de très bons résultats dans sa pratique antérieure à la guerre. Leur efficacité est incontestable et nous n'avons pas constaté d'hydrargyrisme consécutif à leur emploi.

### CATÉGORIE III. — LES SYPHILIS MÉCONNUS.

De cette liste des méconnus, nous retiendrons surtout leur nombre vraiment imprévu. Nous arrivons au chiffre formidable de 22,27 pour 100 de syphilis méconnues ; et encore est-il inférieur à la vérité en temps ordinaire, puisque nombre des malades n'ont été reconnus qu'à la suite de leur séjour dans l'armée, où ils ont été vus par des médecins spécialisés.

A. — Nous rangeons dans cette subdivision A, les *méconnus relatifs, c'est-à-dire ceux pour lesquels le diagnostic a été fait longtemps après l'inoculation*. Nous constatons comme précédemment qu'un traitement sérieux, mais tardif, a été impuissant à prévenir les accidents.

C'est ainsi que le n° 540. R..., ayant été contaminé probablement en 1905, reçoit en 1915 son premier traitement avec 5 injections intra-veineuses arsenicales et arrive le 18 juin 1916 avec des accidents tertiaires.

Le n° 843. L..., ayant vraisemblablement présenté son chancre en juillet 1915, reçoit seulement en mars 1916 3 injections intra-veineuses arsenicales, mais entre dans notre service le 10 juillet 1916 avec des plaques muqueuses des joues et des lèvres.

Le n° 546. L..., syphilitique depuis 1911, reçoit peu de temps avant que nous le voyons (27 juin 1916), 3 injections intra-veineuses arsenicales, ce qui n'arrête nullement l'évolution de sa maladie. Il arrive avec des accidents tertiaires.

Le n° 831. A..., dont la date du début de la maladie est inconnue, reçoit en mars 1916 quelques injections de biiodure et en avril 1916 21 nouvelles injections de biiodure. Le 41 juin 1916 il se présente à nous avec des syphilides papuleuses du scrotum, de la verge, des fesses, des cuisses et des plaques muqueuses du pharynx.

Le n° 740. H... ignore le début de sa maladie, est traité en fin 1913 par 14 injections intra-veineuses arsenicales et des injections de biiodure, entre dans notre service le 24 mars 1916 avec une volumineuse adénite sous-maxillaire et cervicale et présente un reste de paralysie faciale. W = ++++.

Le n° 546. R..., dont la maladie a débuté en juin 1914, reçoit seulement en février 1915 13 injections de biiodure, en mars 1915 20 autres de biiodure, en décembre 1915 0,35 centigrammes de calomel, passe 5 mois à la Bourboule, reçoit ensuite 2 injections intra-veineuses arsenicales et 4 injections de benzoate; et arrive le 21 juillet 1916 avec des syphilides secondaires du scrotum, de la roséole, des plaques muqueuses des lèvres et de l'anus.

B. — Quant aux *méconnus absolus* qui nous arrivèrent avec des lésions non étiquetées, leur nombre est imposant. La plupart ont bien constaté à une époque, qu'ils ne peuvent pas souvent préciser, une écorchure, une lésion qui a rapidement guéri après l'application de vagues pommades ou poudres; d'autres ont eu des chancres qualifiés de mous et traités comme tels; quelques-uns, assez nombreux, ont eu jadis un écoulement, avec phimosis inflammatoire, accompagné d'adénite inguinale, traité comme une blennorrhagie. Ceux-là étaient vraisemblablement porteurs de chancres du prépuce ou du gland, avec phimosis consécutif, erreur fréquente, à laquelle on ne songe pas assez dans la recherche des antécédents.

Tels les n° 722. O... — 736. L... — 728. C...

Un certain nombre de ces malades ont pu présenter à diverses époques des accidents dont le diagnostic exact n'a pu être fait; tel le cas du n° 717. R... qui depuis mars 1916 avait séjourné dans diverses formations pour angine, puis pour oreillons, puis pour conjonctivité, et avait en outre été évacué deux fois pour varicelle.

Il se présente à nous le 17 août 1916 porteur de grosses syphilides papuleuses cutanées, de syphilides en grains de plomb sur diverses parties du corps, de plaques muqueuses de la bouche et des amygdales et d'un iritis spécifique.

Loin de nous la pensée de sourire des divers diagnostics qui furent portés sur ce dernier malade; et s'il en était besoin les 3 cas suivants



nous rappelleraient à l'humilité et à la bienveillance qui sied entre bons confrères.

Le n° 786. M... arrive une première fois le 12 février 1916 et présente des lésions de folliculite qui paraissent consécutives à des piqures de poux. Le traitement dermatologique semble l'améliorer suffisamment pour lui permettre de reprendre son service et nous le renvoyons à son corps. Il revient le 28 juin avec une éruption plus généralisée que la première fois et qui résiste absolument à un traitement local.

Une séro-réaction, faite par un laboratoire voisin, se montre franchement négative. Le malade nie d'ailleurs tout antécédent syphilitique. Au début d'août les lésions qu'il présente dans le dos semblent prendre une allure circinée. Nous le mettons aux injections de biiodure et au bout de la 10<sup>e</sup> il s'est déjà produit une amélioration considérable. Le traitement antisypilitique continué fait complètement disparaître les accidents cutanés.

Le n° 652. C... entre dans notre service pour plusieurs lésions ethymateuses des jambes, évoquant de façon surprenante les ulcérations déterminées artificiellement par des brûlures. Il nie tout antécédent syphilitique, la réaction de Wasserman donne un résultat négatif.

Le traitement dermatologique et le repos complet au lit n'amènent aucune amélioration. Il est véhémentement accusé d'entretenir ses lésions ! Devant la persistance des ulcérations, qui en 4 mois ne se sont pas améliorées, nous instituons un traitement par les injections au biiodure de mercure. Sous son influence, les lésions se cicatrisent avec une rapidité surprenante, en 15 jours.

Le n° 751. C... se présente avec des lésions du cou et de la face en tous points semblables à la plus typique des trichophyties. Malgré qu'il ne nous ait pas été possible de déceler à un premier examen la présence du trichophyton, le traitement local est institué. Aucune amélioration. Devant cette persistance et bien que l'analyse du sang ait donné un résultat négatif, nous commençons un traitement par les injections de biiodure de mercure. La lésion disparaît rapidement.

Ces trois cas prouvent d'abord une fois de plus le polymorphisme des syphilides cutanées, qui arrivent à tromper des praticiens spécialisés et avertis, aussi bien que les autres. Ils démontrent ensuite combien il faut savoir interpréter les résultats donnés par les recherches hémato-logiques, même dans les cas les plus simples, anciens, sans traitement antérieur, avec lesquels les réactions eussent dû être instantanément positives, sans permettre le moindre doute. Elles confirment enfin cette vérité, mise en lumière par le P<sup>r</sup> Fournier, que l'on ne songe jamais assez à la syphilis, déduction aussi peu neuve que toutes les précédentes, mais également bonne à répéter.

### § 3. — CONCLUSIONS

Pour répondre, enfin, à la question qui fut le titre de cet article, nous dirions :

1° On abandonne de plus en plus en France le traitement interne (pilules, potions) qui était, depuis un siècle et il y a 20 ans encore, le seul couramment employé. Quelques années ont suffi à démontrer l'incontestable supériorité des médications hypodermiques et intra-veineuses, que notre statistique prouve une fois de plus.

2° Mais on n'obtient pas encore, avec ces médications, tous les résultats qu'elles devraient donner. L'habitude n'a pas encore été prise de les administrer à doses suffisantes, avec la régularité voulue et pendant le temps nécessaire, soit que l'on ose pas appliquer les doses intensives, soit que l'on s'abuse sur leur efficacité. Ces principes sont cependant absolument nécessaires si l'on veut arriver à une heureuse modification pronostique de l'avenir du syphilitique.

## LA THÉRAPEUTIQUE INTRA-RACHIDIENNE DANS LA SYPHILIS NERVEUSE, PRÉCOCE ET TARDIVE. ÉTUDE CRITIQUE

Par

Étienne Marcorelles.

Interne des Hôpitaux de Paris.

Deux faits dominant à l'heure actuelle nos connaissances relatives à la syphilis. D'une part, la fréquence des accidents nerveux et méningés; d'autre part, la résistance que ces accidents opposent au traitement dont nous disposons à l'heure actuelle.

La ponction lombaire pratiquée d'une façon systématique a mis en évidence le nombre considérable des réactions méningées qui, jusqu'ici, passaient inaperçues. Ce sont des méningites, latentes le plus souvent, dont la fréquence est surprenante à la période secondaire puisqu'elles existent dans les deux tiers des cas comme l'a montré Ravaut dès 1903. L'importance de ces méningites se conçoit aisément; la plupart des auteurs, en effet, tendent à leur faire jouer un grand rôle dans la genèse des accidents nerveux ultérieurs. En l'absence de tout symptôme, chez des syphilitiques guéris en apparence, on peut dévoiler, par la ponction lombaire, une réaction méningée persistante et dépister ainsi, dans leur phase préclinique, le tabès et la paralysie générale (1). Ces affections une fois constituées, la méningite chronique acquiert la valeur d'un symptôme capital qui permet souvent de fixer un diagnostic hésitant. Ces accidents méningés opposent au traitement une résistance variable. La plupart du temps les agents thérapeutiques

L'horrible guerre que nous subissons a fauché dans sa fleur l'existence d'innombrables jeunes hommes qui paraissaient destinés à être utiles à l'humanité et à la science. C'est ainsi que, dès les premiers mois des hostilités, notre élève (il avait été successivement notre interne pendant les années 1913-1914) Étienne Marcorelles était tué à son poste en faisant fièrement son devoir dans l'ambulance à laquelle il était attaché comme médecin auxiliaire. D'une intelligence hors ligne, travailleur consciencieux et infatigable, cet homme doux, fin, modeste et aimable entre tous, nous laisse, comme à tous ceux qui l'ont connu, un souvenir ineffaçable et d'amers regrets. Avant son départ aux armées il avait confié en dépôt à l'un de nous le manuscrit d'un mémoire auquel il avait consacré les derniers mois de sa vie scientifique et qu'il venait de terminer. La rédaction des *Annales de dermatologie* accomplit un pieux devoir en publiant, à défaut du mémoire *in extenso*, trop étendu pour le cadre de notre revue, le résumé fidèle du travail de Marcorelles qui en a été extrait par son collaborateur et ami le Dr Arnault Tzanck.

G. THIBIERGE. — J. DARIER.

(1) RAVAUT, Comment dépister la syphilis nerveuse? *Annales de médecine*, janvier 1914, p. 49.

dont nous disposons, l'iodure en particulier, ont aisément raison des méningites secondaires discrètes, et il est rare qu'après un traitement intensif de novarsénobenzol ou de mercure (8 injections de novarsénobenzol suivies elles-mêmes de 2 séries d'injections d'huile grise) on observe à la ponction lombaire un vestige de cette réaction méningée. Mais il est des cas qui résistent même à un traitement ainsi conduit. Peut-être devrait-on pour les dépister faire systématiquement la ponction lombaire après cette première étape thérapeutique. En tout cas, c'est un point sur quoi la persistance d'une réaction de Wasserman positive après un traitement prolongé doit attirer l'attention. Bien plus et cela au cours de traitements insuffisants, on assiste quelquefois à des complications nerveuses précoces qui ont été l'objet d'interprétations variées: réactions de Herxheimer, accidents de la salvarsanothérapie, neuro-récidive, arséno-résistance. Quelle qu'en soit l'interprétation théorique, ces accidents opposent parfois au traitement actuel une résistance singulière que nous retrouvons dans les syphilis nerveuses tardives, dans le tabès, dans la paralysie générale. On a cherché la cause de cette résistance dans l'imperméabilité des méninges aux agents médicamenteux introduits par la voie générale, imperméabilité que Sicard avait déjà montrée pour le mercure introduit par la voie veineuse. Ces recherches ont été confirmées par Launoy et Leroux, par de Viron. Cette imperméabilité méningée existerait encore, quoiqu'à un moindre degré, pour les composés arsenicaux organiques. Sicard et Marcel Bloch ont constaté qu'une heure après l'injection intra-veineuse de 0 gr. 50 d'arsénobenzol, on pouvait en retrouver dans le liquide céphalo-rachidien 4 à 6 milligrammes par litre (1).

En présence des deux faits primordiaux que nous venons d'énoncer: d'une part la fréquence des accidents méningés, d'autre part la résistance de ces derniers au traitement introduit par la voie générale en raison de l'imperméabilité des méninges, la médication intra-rachidienne semblait s'imposer. Dès que se trouva réglée la technique de la ponction lombaire et surtout à la suite des travaux multiples sur la rachi-anesthésie (Sicard, Ravaut) les auteurs ont essayé la voie intra-rachidienne pour apporter au contact intime des centres nerveux les divers agents thérapeutiques. C'est ainsi que Schrb, Marchand (2), Duhot, Sicard ont recouru aux sels de mercure, Camus (3), Wes-

(1) Pour SICARD et BLOCH, Perméabilité méningée à l'arsénobenzol. *Comptes rendus de la Société de Biologie*, 24 décembre 1910, p. 621, dès le lendemain de l'injection l'arsenic a disparu du liquide céphalo-rachidien. Ravaut et Desmoulières, au contraire, ont pu dans deux cas, mettre l'arsenic en évidence des mois après l'injection intra-veineuse.

(2) MARCHAND, Traitement de la paralysie générale par les injections intra-rachidiennes de mercure. *Société médicale des hôpitaux*, 1902.

(3) CAMUS, Recherches expérimentales sur le 606, *Paris médical*, 17 décembre 1910, p. 66.

chelmann, au 606, Castelli (1), Ravaut (2), Jeanselme, Verne et Bloch (3) au 914, Marinesco et Minea (4), Swift et Ellis (5), Tzanck et Marcorelles (6), ensuite, employèrent le sérum salvarsané *in vivo* ou *in vitro*.

Poursuivant toujours ses recherches sur la perméabilité méningée aux divers agents médicamenteux, Sicard mettait en évidence le fait suivant: l'injection intra-rachidienne trouble la perméabilité méningée en déterminant des phénomènes réactionnels, à la faveur de cette réaction, les médicaments introduits par la voie générale peuvent forcer la barrière pie-mérienne. Le fait a été démontré expérimentalement par cet auteur pour l'iodure de potassium, mais, lui donnant une portée plus générale, Sicard (7) formule le principe suivant: « Il ne suffit pas en effet d'introduire deux ou trois dixièmes de milligramme de sel mercuriel dans le liquide céphalo-rachidien, il faut encore, à la faveur des réactions méningées et de la perturbation de la perméabilité ainsi réalisées, poursuivre méthodiquement le traitement au mercure ou au salvarsan, par la voie intra-musculaire ou intra-veineuse (8) ».

Nous basant sur les considérations qui précèdent et voulant réunir les avantages des diverses techniques préconisées, nous avons adopté le procédé suivant:

Nos malades reçoivent d'abord une injection intra-veineuse de novarsénobenzol en solution concentrée. La dose employée a été généralement de 45 centigrammes à la première injection, dose augmentée de 15 centigrammes à chaque intervention suivante jusqu'à la limite maxima de 90 centigrammes. Le malade ne recevait la dose supérieure que lorsque la précédente avait été parfaitement tolérée. Dans les cinq minutes qui suivent l'injection, on pratique une ponction veineuse et on retire 30 centimètres cubes de sang de manière absolument asep-

(1) CASTELLI, Ueber Neosalvarsan, *Deutsche medizinische Wochenschrift*, fév.-août 1912, p. 1487 et 1632.

(2) RAVAUT, Deux cas de syphilis nerveuses, traitées par les injections intra-rachidiennes de mercure et de néosalvarsan, *Gazette des Hôpitaux*, 10 juin 1913, p. 1061.

(3) JEANSELME, VERNES et BLOCH, Réactions humérales dans le tabès et la paralysie générale. Injections sous-arachnoïdiennes de néosalvarsan, *Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 12 décembre 1913, p. 792.

(4) MARINESCO et MINÉA, L'emploi des injections de sérum salvarsané dans l'arachnoïde spinale et cérébrale dans le tabès et la paralysie générale, *Bulletin de l'Académie de médecine*, 17 février, 1914, p. 259.

(5) SWIFT et ELLIS, Zur kombinierte Lokal- und Allgemeinheitbehandlung der Syphilis des Zentralnervensystems, *Münchener medizinische Wochenschrift*, 9 septembre 1913, p. 1977.

(6) TZANCK et MARCORELLES, Mal perforant plantaire chez un tabétique, traitement par le néosalvarsan en injections intra-veineuses et intra-rachidiennes; guérison. *Bulletin de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie*, mars 1914, p. 122.

(7) SICARD, Les injections sous-arachnoïdiennes, *Journal médical français*, 1914.

(8) MARCORELLES et TZANCK, Dans quels cas de syphilis nerveuses le traitement intrarachidien est-il recommandable, *Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 1914, p. 191.

tique. Ce sang est conservé à la glacière jusqu'au moment où le sérum exsudé sera prélevé pour l'injection intra-rachidienne. Le séjour à la glacière a varié de 6 à 24 heures. L'injection intra-rachidienne est faite de la façon suivante : on fait une ponction lombaire au lieu d'élection, on retire 12 à 15 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien, puis on injecte au moyen d'une seringue 10 centimètres cubes d'auto-sérum exsudé, soit tel que (et ne contenant alors qu'une quantité infinitésimale de novarsénobenzol) soit après y avoir incorporé au dernier moment 4 à 6 milligrammes de novarsénobenzol. L'injection est poussée lentement en plusieurs temps, des mouvements d'aspiration sont faits pour brasser dans la seringue la masse injectée avec le liquide céphalo-rachidien. Cette précaution a en outre l'avantage de montrer que jusqu'au bout l'aiguille est restée en bonne place.

Aussitôt après l'injection le malade est couché tête basse en position déclive.

Ces injections ont été répétées tous les huit jours. Dans les premières nous n'avons pas incorporé de novarsénobenzol au sérum. Les injections d'auto-sérum arsénobenzolisé *in vivo* ayant été bien supportées, nous avons incorporé à la masse de l'injection 4 à 6 milligrammes de novarsénobenzol. Cette technique nous a paru réunir les avantages suivants :

Elle introduisait à la fois dans le liquide céphalo-rachidien des anticorps spécifiques empruntés au sérum du malade et un agent médicamenteux, le novarsénobenzol. Elle réalisait de plus un traumatisme méningé et augmentait ainsi la perméabilité des méninges au novarsénobenzol, que nous introduisions en même temps par la voie intra-veineuse.

Nos essais de thérapeutique intra-rachidienne ont porté sur 13 malades qui ont reçu un total de 29 injections intra-rachidiennes. Ces malades se répartissent de la façon suivante :

Quatre étaient atteints de méningite syphilitique secondaire (Obs. I, IV, VI, VII).

Deux présentaient des neurorécidives (Obs. X et XII).

À côté de ces six cas de méningites syphilitiques précoces se trouvent sept observations ayant trait à des méningites syphilitiques tardives. Il s'agit de tabès (quatre cas), paralysie générale (un cas), une hémiplegie survenue 15 ans après le chancre, et une radiculite localisée au membre supérieur.

Avant d'étudier les détails de nos observations, nous tenons à constater, que dans leur ensemble, si nous rassemblons d'une part les bons résultats obtenus sans incidents fâcheux, d'autre part les accidents provoqués sans bénéfice manifeste, nous séparons du même coup nos observations en deux groupes qui opposent les cas de *syphilis nerveuse secondaire* à tous les cas de *syphilis nerveuse tardive*.



Aussi dans la critique suivrons-nous cette division dont l'importance est capitale.

#### RÉSULTATS ET ACCIDENTS DANS LES MÉNINGITES SYPHILITIKES SECONDAIRES.

Six de nos observations se rapportent donc à des malades atteints de méningite syphilitique secondaire. Elles se répartissent comme suit :

1<sup>re</sup> Quatre malades étaient en pleine période secondaire (trois d'entre eux étaient soumis à un traitement intensif). La céphalée particulièrement intense avait attiré l'attention du côté des méninges. La ponction lombaire a montré dans un de ces cas une véritable purée de lymphocytes, dans deux cas une réaction cellulaire moyenne, dans un cas une réaction très légère (Obs. I, IV, VI et VII).

2<sup>de</sup> Deux malades étaient atteints de neurorécidive cliniquement améliorée par un traitement mercuriel prolongé, mais la ponction lombaire pratiquée après trois mois de traitement mettait en évidence un processus méningé encore en évolution ; c'est dans ces conditions que nous les avons soumis aux injections intra-rachidiennes (Obs. X et XII).

Au point de vue du traitement, ces malades se répartissent en deux groupes ; les trois premiers (Obs. I, VI et VII) ont reçu du sérum arsénobenzolisé additionné de 6 milligrammes de novarsénobenzol ; les trois autres n'ont reçu que de l'auto-sérum arsénobenzolisé *in vivo*.

*Cliniquement*, on peut dire que tous ces malades ont bénéficié du traitement (1).

La céphalée a cédé tantôt le lendemain de la première injection (Obs. XII), tantôt après la deuxième injection, et dans ce cas, après une exacerbation momentanée (Obs. VII). Chez le plus gravement atteint de nos malades, une seule injection a suffi à faire disparaître un véritable syndrome méningé (raideur de la nuque, signe de Kernig, vomissements) (Obs. VII).

Les examens sérologiques dans leur ensemble ont marché de pair avec l'amélioration clinique. La réaction cellulaire a très facilement cédé au traitement dans cinq cas sur six. L'albumine, au contraire, a été plus tenace. La réaction de Wassermann a suivi en général les variations du taux de l'albumine sans que cela ait été une loi absolue ; dans un cas, cependant, la réaction de Wassermann franchement positive au début du traitement était franchement négative à la fin (Obs.

(1) Rappelons cependant que, dans l'observation X, le malade qui présentait une neurorécidive, paralysie faciale avec contracture qui s'était installée avant le début du traitement intra-rachidien, a conservé sa contracture malgré les injections.

VII). En même temps, le nombre des lymphocytes étudiés dans des conditions identiques tombait de 200 à 5 et l'albumine passait de +++ à + — —. Ces résultats sont absolument superposables à ceux que signalaient tous les auteurs.

*Les accidents observés* se réduisent à une exacerbation momentanée de la céphalée chez un de nos malades, exacerbation ayant duré 24 heures et n'ayant nécessité aucun calmant. En dehors de ce cas, nous n'avons observé aucun accident, soit immédiat, soit tardif.

Dans le cas d'Oettinger et Hamel, et dans les deux cas de G. Lévy, où la guérison fut obtenue par l'injection intra-rachidienne de sels de mercure, des accidents immédiats furent observés (vomissements, douleurs dans les membres inférieurs, rétention d'urine passagère dans un cas, durable dans un autre).

Il en est de même dans les trois observations de Ravaut, malgré le nombre considérable d'injections qui ont été nécessaires pour amener la disparition du syndrome méningé (4).

Il ressort de cette étude d'ensemble de toutes les observations de méningites secondaires que nous avons relevées que la guérison clinique a été obtenue dans tous les cas (toute réserve faite au point de vue de l'avenir lointain) quelle qu'ait été la méthode employée, indépendamment de la technique, indépendamment de la dose.

Chez certains de nos malades, nous avons noté à la deuxième injection une légère méningite de remplacement à polynucléaires et, comme la plupart de nos malades bénéficiaient en même temps d'un traitement intra-veineux, on est en droit de se demander si dans ces cas il ne faut pas faire la part large à la thérapeutique de dehors en dedans réalisée à la faveur de l'irritation méningée.

Quant aux accidents, quelle qu'ait été la méthode employée, ils se sont bornés à une exacerbation momentanée de la céphalée.

#### RÉSULTATS ET ACCIDENTS DANS LES SYPHILIS NERVEUSES TARDIVES.

Nos observations de syphilis nerveuses tardives au nombre de sept portent sur quatre cas de tabes (Obs. II, IV, IX, XIII), un cas de paralysie générale (Obs. V), une hémiplegie (syphilis ancienne) (Obs. VIII), une radiculite (Obs. III). Au point de vue thérapeutique six de nos malades ont reçu du sérum salvasarnisé à la dose de 6 milligrammes de

(4) Avec le mercure cependant des accidents ont été observés, douleurs, crises vésicales, mais là les auteurs avaient dépassé les doses que l'on peut aujourd'hui considérer comme maxima. D'ailleurs, ces accidents se sont toujours rapidement dissipés. En résumé, résultats thérapeutiques intéressants, pas d'accident grave, tel est le bilan de la méthode intra-rachidienne dans les méningites syphilitiques secondaires.

novarsénobenzol pour 10 centimètres cubes d'auto-sérum, le dernier malade atteint de tabès (Obs. XIII) n'a reçu que du sérum arsénobenzolisé *in vivo*.

*Cliniquement* nous avons observé les améliorations suivantes :

Un mal perforant plantaire (†) bilatéral récidivant qui avait nécessité l'amputation du gros orteil droit, puis s'était reproduit sur la cicatrice a guéri par une seule injection. Cette guérison persiste depuis six mois quoique le malade mène dans l'hôpital une vie très active.

C'est la seule amélioration palpable que nous puissions enregistrer, car nous ne voulons pas parler d'améliorations purement fonctionnelles et passagères (Obs. II, III et IX).

*Les examens sérologiques*, par contre, semblaient des plus encourageants ; dans tous les cas, nous avons vu le taux leucocytaire baisser très rapidement dans les proportions indiquées par Swift et Ellis. L'albumine diminuait aussi sensiblement, mais semblait plus persistante. La réaction de Wassermann dans l'ensemble des cas tendait à devenir négative, mais sans qu'il y ait eu parallélisme absolu avec la diminution de l'albumine. L'observation V est intéressante à ce point de vue, au début 300 leucocytes, albumine, + + + +, Wassermann, + + + +, après la troisième injection les leucocytes se réduisent à 5, l'albumine à + — — —, le Wassermann — — — —. Ces résultats, superposables à ceux obtenus par les autres auteurs, nous avaient encouragé au début et nous faisaient espérer un arrêt dans l'évolution de la maladie. Des accidents sont survenus et nous ont obligé à interrompre notre méthode de traitement. Ces accidents ont frappé à des degrés divers tous les malades atteints de cette catégorie de syphilis tardive ; ils ont consisté en accidents immédiats et accidents tardifs.

*1° Accidents immédiats.* — Comme accident précoce, nous avons observé des phénomènes douloureux et des contractures.

*Les douleurs* ont consisté en céphalée et douleurs dans les jambes. La céphalée a été rarement très marquée ; jamais elle n'a persisté au delà du quatrième jour. Elle fut surtout intense chez le malade de l'observation IV, elle était dans ce cas accompagnée de cauchemars, agitation nocturne, élévation de la température à 39°, vomissements, réalisant dans l'ensemble l'ébauche d'un syndrome méningé.

*Les douleurs dans les jambes* ont consisté en irradiations légères, constituant un réveil de douleurs fulgurantes.

*Les contractures* ont été notées dans l'observation IX, après la deuxième injection ; en 24 heures, tout était rentré dans l'ordre.

*2° Accidents tardifs.* — On peut dire que toujours les accidents tardifs se sont représentés suivant le même type ; l'injection elle-même

(†) TZANCK et MARCORELLES. Mal perforant plantaire. Traitement par le 914 intra-veineux et intra-rachidien, *Bulletin de la Société française de Dermatologie*, 5 mars 1914, p. 122.

est parfaitement tolérée. les trois premiers jours se passent sans incident, puis les accidents se déroulent selon un tableau clinique comparable, à l'intensité près. Sur sept malades présentant des syphilis nerveuses tardives, cinq ont pu être suivis pendant un temps suffisamment long, tous les cinq ont présenté des accidents.

Des quatre tabétiques que nous avons traités, un seul a reçu deux injections sans incident (encore n'a-t-il été suivi que 8 jours après sa deuxième injection intra-rachidienne).

Des trois autres, l'un a présenté de l'incontinence d'urine pendant un mois, incontinence aujourd'hui guérie, et des douleurs fulgurantes intenses. Un second présente depuis quatre mois de l'incontinence d'urine avec affaiblissement des membres inférieurs après deux injections.

Un troisième enfin, après une seule injection de 10 centimètres cubes d'auto-sérum arsénobenzolisé uniquement *in vivo* a présenté une paraplégie flasque complète avec incontinence vésicale et rectale, anesthésie des membres inférieurs, puis escarre sacrée; cette dernière complication a entraîné la mort par infection générale.

Le seul paralytique général que nous ayons traité après trois injections intra-rachidiennes a vu sa maladie s'aggraver en même temps que s'installait une paraplégie flasque complète avec anesthésie, abolition des réflexes, incontinence vésicale et rectale, compliquée elle-même d'escarre sacrée.

Le malade atteint d'hémiplégie a présenté lui aussi, après deux injections intra-rachidiennes, une incontinence d'urine qui durait encore après quatre mois. Dans cette observation on note de plus, sans anesthésie ni abolition des réflexes, une parésie des deux membres inférieurs.

Ces accidents sont en somme absolument comparables à ceux qu'ont observés la plupart des auteurs qui ont pratiqué des injections intra-rachidiennes chez les tabétiques, les paralytiques généraux, etc. Nous pouvons nous en rapporter sur ce point à l'intéressante thèse de Lehmann. Il est difficile d'apprécier certaines observations dans lesquelles manquent des éléments importants, celles de Wechselmann en particulier. Cet auteur a d'abord traité deux paralytiques généraux qui ont bien supporté des doses de 3 à 10 milligrammes de novarsénobenzol dans 4 à 7 centimètres cubes de sérum salé. Puis deux nourrissons hérédosyphilitiques, traités par 1 mm. 1/2 et 3 milligrammes de novarsénobenzol dans 1 centimètre cube d'eau. Cet auteur n'ayant observé aucun incident conclut à la possibilité d'injections intra-rachidiennes.

Marinesco, injectant 5 milligrammes de novarsénobenzol dissouts dans 4 centimètres cubes de sérum salé, observa les accidents suivants. Sur dix-sept malades, trois dont deux paralytiques généraux ne présentèrent aucune réaction; dans 7 cas, cet auteur observa une cépha-

lée intense avec malaise général, vomissements et endolorissement des membres inférieurs. Chez 7 autres malades apparurent des douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs; parmi ceux-là, 3 tabétiques firent une réaction thermique au delà de 38° le jour même de l'injection. Tels furent les accidents immédiats qu'observa Marinesco; puis, avec des délais variables, des accidents tardifs survinrent. Sept malades, dont trois tabétiques, présentèrent des troubles de la miction, l'incontinence d'urine qui existait déjà dans deux cas s'accrut; elle apparut chez un paralytique général 5 jours après l'injection et persista 8 jours. La rétention d'urine fut plus fréquente, elle apparut le lendemain de l'injection chez un tabétique qui en avait déjà présenté auparavant; dans trois cas, elle survint sans troubles antérieurs. Chez un paralytique général elle apparut seulement après la deuxième injection avec des alternatives d'incontinence; elle apparut d'emblée chez un amyotrophique et persista un mois; enfin chez un tabétique, elle s'établit au bout de 8 jours après une période de dysurie.

Chez trois tabétiques l'état général s'aggrava; deux d'entre eux (Obs. IV et V) qui présentaient les troubles de la marche durent garder le lit définitivement après l'injection et l'un d'eux mourut au bout de trois mois, d'infection urinaire. Un autre malade tabétique et hémiplegique vit la motilité de ses membres inférieurs très diminuée, à la suite de l'injection et l'amblyopie qu'il présentait fit place à une amaurose complète.

Enfin, un syringomyélique qui présentait une paraplégie complète avec exagération des réflexes rotuliens présenta une paraplégie flasque après une injection de 6 milligrammes de novarsénobenzol. Le malade mourut de l'aggravation d'une escarre qu'il présentait auparavant.

Marie et Lévaditi traitèrent quatorze malades; chez quatre d'entre eux ils firent 3 injections à des intervalles de 8 jours; la première de 5 milligrammes, la deuxième de 15 milligrammes, la troisième de 4 centigrammes; chez cinq autres malades, une seule injection de 2 centigrammes; chez les cinq derniers enfin une injection de 1 centigramme. Les accidents varièrent suivant les doses. Sur les quatre malades ayant reçu trois injections, deux moururent en moins de 2 mois; des cinq malades ayant reçu 2 centigrammes en une injection, trois moururent, 1, 3 et 5 mois après l'injection. Enfin, sur les cinq malades ayant reçu une injection de 1 centigramme, un seul décès fut observé; la mort survenait à la suite de l'affaiblissement général progressif.

Signalons enfin les deux observations suivantes que rapporte M. Beriel.

Dans un cas, il injecta 3 centigrammes d'arsénobenzol; il observa une vive réaction débutant 2 jours après l'injection (vomissements, frissons, température à 40°9, pouls à 114. Une ponction lombaire pratiquée ce jour ramène un liquide puriforme avec de nombreux poly-

nucléaires. Le syndrome méningé dure quelques jours, puis les symptômes s'amendent; au bout de 11 jours le liquide céphalo-rachidien redevient normal. Le malade meurt au bout de 3 mois de cachexie. Le second malade reçut 2 injections, la première de 15 milligrammes, la seconde 8 jours après, 3 centigrammes de novarsénobenzol. On observe au début des phénomènes méningés, puis des phénomènes médullaires, incontinence d'urine, paraplégie, enfin des phénomènes de cachexie.

Avec des doses inférieures et une technique qu'ils s'efforçaient de rendre moins traumatisante, Ravaut d'une part, Jeanselme et Marcel Bloch d'autre part ont observé des accidents incomparablement moins graves que les précédents, chez les tabétiques surtout, le réveil des crises gastriques, des douleurs fulgurantes, des troubles urinaires.

La médication intra-rachidienne de la syphilis nerveuse comporte donc des dangers d'une gravité extrême. Tous les auteurs qui ont employé cette méthode, en présence des accidents, ont pensé qu'ils tenaient à la technique et ont essayé de la modifier. Il est évident que toute injection intra-rachidienne constitue un traumatisme méningé (méningite de remplacement de Sicard). Les éléments de ce traumatisme sont le volume du liquide injecté, la dose du médicament actif, enfin la nature de l'excipient. C'est en faisant disparaître l'un de ces facteurs qu'on a pensé rendre l'injection inoffensive. C'est ainsi que Swift et Ellis, s'ils injectent un volume relativement considérable du sérum du malade préalablement traité, dilué dans du sérum salé, n'incorporent aucun médicament. Ravaut au contraire a recours à une solution concentrée de novarsénobenzol dont il n'injecte qu'une goutte, rendant ainsi négligeable le rôle nocif du volume injecté et de l'excipient. Il pense ainsi supprimer les accidents précoces qu'il attribue avec Lehmann au volume des injections, et se rendre maître des accidents tardifs qu'il explique par l'action topique du médicament, dont il diminue la dose. Pour nous, ces différents facteurs ne jouent qu'un rôle secondaire dans la genèse des accidents.

#### ÉTUDE DES DIFFÉRENTS FACTEURS DE TRAUMATISME.

1° *La dose.* Les expériences de Camus ont montré la très grande nocivité des sels médicamenteux introduits par la voie intra-rachidienne; mais la clinique avait déjà révélé la tolérance minime de la moelle et des méninges, tant pour le sel mercuriel que pour les composés arsenicaux. On peut, avec Sicard, conclure qu'une injection de sels mercuriels ne doit pas dépasser 1 milligramme. Au delà de cette dose, Oettinger et Hamel, G. Lévy ont vu survenir des accidents dans les cas de méningite secondaire, alors que les doses d'arsénobenzol



étaient parfaitement tolérées dans des cas analogues de Ravaut. D'après les expériences de Camus, en effet, l'arsénobenzol et le novarsénobenzol se sont montrés comparativement moins nocifs que le mercure aux mêmes doses. Ces résultats concordent avec les essais thérapeutiques : certains malades ont supporté des doses de 1 centigramme d'arsénobenzol et au delà, sans accident, à condition qu'il ne s'agisse pas de syphilis ancienne. Les malades présentant au contraire des lésions constituées du névraxe supportent mal des doses beaucoup moindres. C'est ainsi que des accidents d'alarme médullaire ont été observés à des doses inférieures à 5 milligrammes, les essais de Marie et Levaditi ont montré qu'une dose de 1 centigramme peut être fatale chez de tels malades et la plupart des auteurs s'en sont tenus à des doses inférieures de moitié. C'est aussi la conclusion à laquelle arrive Ravaut (dans la thèse de Lehmann) (1) qui considère comme maxima la dose de 6 milligrammes.

La dose est donc nocive par elle-même, et cela d'autant plus qu'il s'agit de méninges plus touchées ; c'est ainsi que, dans la technique de Ravaut, dans laquelle l'arsenic peut être considéré comme le seul agent du traumatisme, on observe néanmoins des incidents, plus légers, il est vrai, que dans les autres méthodes.

En résumé, les malades atteints de syphilis nerveuse précoce ont supporté sans incident des doses massives, les malades atteints de syphilis nerveuse tardive ont présenté des accidents avec des doses faibles.

2° *Le volume.* — L'action traumatisante de la masse, négligeable si la moelle est saine, est nette lorsqu'on se trouve en présence de lésions constituées. En effet, alors que dans les processus aigus, dans les autres méningites (la cérébro-spinale en particulier), on peut injecter 30 et 40 centimètres cubes de sérum et répéter ces injections journellement, dans les cas de syphilis nerveuse tardive, le volume semble jouer par lui-même un rôle vulnérant appréciable que la technique de M. Ravaut, en particulier, tend à supprimer. Rappelons à ce sujet notre observation XIII, le malade n'ayant reçu qu'une injection d'auto-sérum de 10 centimètres cubes présenta néanmoins une paraplégie flasque avec escarre.

Il est intéressant de remarquer à ce sujet la bénignité apparente de la technique préconisée par Swift et Ellis. Ces auteurs prélèvent le sang une heure après l'injection intra-veineuse de novarsénobenzol, le lendemain ils mélangent 12 centimètres cubes de sérum exsudé à 18 centimètres cubes de sérum physiologique, après inactivation à 56° ; l'injection est faite à l'aide d'une seringue de 20 centimètres cubes reliée à l'aiguille par un tube de caoutchouc de 40 centimètres de long. Les auteurs laissent écouler d'abord le liquide céphalo-rachidien jusqu'à réduire la pression à 30 centimètres, puis, ils laissent le

(1) LEHMANN. Les injections intra-rachidiennes. *Thèse de Paris*, 1914.

sérum pénétrer par son propre poids. Ces auteurs se déclarent très satisfaits de leur technique qu'ils ont peut-être surtout appréciée, au point de vue des résultats sérologiques, sur lesquels ils insistent. Ces injections n'ont cependant pas été sans provoquer des douleurs assez intenses pour nécessiter parfois l'emploi de la morphine. Leur technique tendrait à prouver que les accidents dus à la masse peuvent être évités en tenant compte de la pression intra-rachidienne. En tous cas, les résultats observés par eux nous semblent un peu paradoxaux. A notre avis, on peut, dans les méningites syphilitiques secondaires comme dans les autres méningites aiguës, injecter impunément des masses considérables de liquide. Au contraire, dans les syphilis nerveuses tardives, le volume de l'injection semble jouer un rôle appréciable dans la genèse des accidents.

3° *Excipient.* — Le rôle de l'excipient n'est pas douteux. Ravaut a attiré l'attention sur les méningites que déterminent les injections intra-rachidiennes de toutes solutions aqueuses, on doit, d'autre part, aux travaux de Sicard de connaître plus particulièrement les méningites de remplacement provoquées par les injections intra-rachidiennes de sérum thérapeutique. C'est ainsi que toute injection intra-rachidienne, même s'il ne s'agit que de trois centimètres cubes de sérum salé, détermine un syndrome méningé caractérisé par une élévation de température, de la céphalée, une ébauche de Kernig, le tout durant rarement 48 heures. Une ponction lombaire montrerait dans les premières heures une polynucléose qui fait place le troisième jour à une lymphocytose qui peut durer deux mois et plus. Sicard a eu l'occasion de contrôler par 3 autopsies les désordres locaux qui accompagnent cette méningite. Dans les deux premières pratiquées les troisième et septième jours, il constata une congestion vasculaire intense localisée au département sacro-lombaire leptoméningé, une infiltration cellulaire périvasculaire dans les vaisseaux spinaux postérieurs, les racines et culs-de-sac méningés postérieurs; une troisième autopsie pratiquée le vingt et unième jour démontrait qu'il n'existait plus à ce moment aucun phénomène réactionnel. C'est à cette méningite due à l'excipient que Lehmann attribue les accidents précoces qu'ont observés les auteurs qui ont injecté du novarsénobenzol en solution étendue dans du sérum salé ou de l'auto-sérum. Ravaut l'a mis en évidence dans la technique suivie par Jeanselme, Vernes et Bloch (injection de novarsénobenzol dans 1/2 à 3 centimètres cubes de sérum isotonique) en faisant une ponction lombaire le lendemain de l'injection intra-rachidienne. Il n'est donc pas douteux dans ces cas que la concentration diminue les causes de traumatisme et permette l'accès sans réaction de la plus grande dose de médicaments. Ce serait là la technique idéale si l'on ne visait dans la syphilis nerveuse que l'introduction par la voie rachidienne d'une dose donnée de novarsénobenzol. Or, des expériences de Sicard et Bloch, il ressort, sans entrer

dans des détails, qu'à la suite d'une injection intra-veineuse de 90 centigrammes de novarsénobenzol, le liquide céphalo-rachidien reçoit une dose de 2 milligrammes, environ le  $\frac{1}{3}$  de la dose optima. Nous avons vu d'autre part, comme le constate Lehmann, que cette dose même ainsi réduite, ne met pas à l'abri de la gêne des mictions, incidents d'alarme médullaire qui peuvent difficilement être évités.

Il ressort donc de ce qui précède qu'en se tenant au-dessous des limites établies expérimentalement, on peut, en cas de méningite syphilitique précoce, injecter une dose de novarsénobenzol allant jusqu'à 8 et 10 milligrammes sous un volume qui peut atteindre et dépasser 40 centimètres cubes, dissout indifféremment dans du sérum physiologique, dans de l'auto-sérum arsénobenzolisé, etc. Dans ces cas, en effet, la moelle est intacte et seuls se produiront des phénomènes méningés plus ou moins intenses selon le degré du traumatisme réalisé par l'injection, mais toujours transitoires, jamais alarmants. *Inversement, dans les syphilis nerveuses tardives, une dose moindre sous un volume restreint quel que soit l'excipient expose à des accidents redoutables, non plus à des phénomènes réactionnels méningés, mais à des accidents de type médullaire.*

Il importe d'insister sur ce point et d'opposer aux signes légers d'irritation méningée (qui sont les seuls troubles observés à la suite des injections intra-rachidiennes dans les accidents syphilitiques méningés), aux accidents graves d'ordre médullaire (qui s'observent au cours du traitement intra-rachidien dans les syphilis nerveuses tardives). On peut classer ces accidents médullaires selon leur gravité de la façon suivante: les plus légers consistent en réveil de douleurs fulgurantes, en crises légères de dysurie, ce sont les signes d'alarme médullaire; quand l'atteinte de la moelle est plus grave, la rétention d'urine apparaît compliquée d'incontinence parfois, de phénomènes douloureux dans les membres inférieurs; ce sont là encore des accidents dont on peut espérer la régression.

Dans les cas extrêmes apparaît une paraplégie flasque complète avec anesthésie, abolition des réflexes, troubles sphinctériens, troubles trophiques, telle qu'escarre sacrée, ces accidents ouvrent la porte à l'infection et peuvent amener une issue fatale.

On a voulu faire jouer un rôle trop important au volume de l'injection, à la nature de l'excipient, et même à la toxicité du médicament et on n'a pas assez considéré l'état de tolérance de la moelle déjà lésée.

Pour ce qui concerne les syphilis nerveuses tardives, toutes les méthodes sont mauvaises, les plus brutales sont les pires. C'est à ce titre, nous semble-t-il, que les injections de Ravaut sont le mieux tolérées. Inversement, pour les accidents méningés précoces, la méthode intra-rachidienne s'est montrée d'une inocuité absolue et d'une réelle efficacité.

**Actinomycose.**

**Actinomycose cervico-faciale**, par PETGES et DARGET. *Réunion Médico-chirurgicale de la 5<sup>e</sup> armée*, 5 février 1916. *La Presse Médicale*, 23 mars 1916, p. 133.

Cas d'actinomycose cervico-faciale: les lésions très étendues couvrent les régions parotidienne, sous-maxillaire et cervicale. Le malade, soldat de 45 ans, manipulait des fourrages depuis 15 mois qu'il était mobilisé; contagion directe probable par la paille où couchait un de ses camarades atteints d'affection analogue. Le diagnostic a été confirmé par l'examen bactériologique (examen direct). Le traitement par l'iodure de potassium à la dose de 4 grammes par jour a été suivi d'amélioration rapide. P. et D. insistent sur la fréquence des mycoses dans le milieu militaire; ces affections sont souvent confondues avec l'ecthyma. R.-J. WEISSENBACH.

**Anatomie de la peau.**

**Système de fibres connectives circulaires entourant les troncs nerveux de la peau humaine** (Di un sistema di fibre connective circolari avvolgenti i tronchi nervosi della pelle dell' uomo), par SIMONELLI. *Internazionale Monatschrift f. Anatomie u. Physiologie*, 1913, t. XXX, p. 226.

Sur les préparations traitées au chlorure d'or et dissociées, on met en évidence des filaments entourant les troncs nerveux en manière de spirale plus ou moins uniforme et compacte, soit exclusivement adossées au périmère, soit en volutes plus larges embrassant également l'épimère. Ces filaments, au niveau de la bifurcation des troncs nerveux, passent de l'un sur l'autre en s'adossant au périmère. Il est logique de supposer que ces fibres qui rappellent de près les « fibres en spirales de Henle » servent d'appareil de contention. Elles prennent par le chlorure d'or la coloration des fibres connectives.

G. TRIBIERGE.

**Expansions nerveuses dans le derme humain** (Contributo allo studio della espansioni nervose nel derma della cute umana), par SIMONELLI. *Internazionale Monatschrift f. Anatomie und Physiologie*, 1914, t. XXXI, p. 287.

Entre les corpuscules de Meisner et les expansions papillaires de Ruffini, il existe des formes de passage qui doivent être interprétées comme autant d'étapes dans l'évolution formative de ces corpuscules et confirment la possibilité d'une communauté de fonctions entre les deux espèces d'expansions nerveuses.

Dans la couche papillaire de la peau humaine, il n'existe pas de corpuscules du type Golgi-Mazzoni; ceux qui ont été décrits comme tels repré-

sentent en réalité les variétés les plus petites des corpuscules monolobés de Meissner.

G. THIBERGÉ.

### Canitie.

**Sur un cas de canitie rapide**, par LEBAR. *Bulletins et Memoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 18 juin 1915, p. 439.

Soldat de 30 ans, est projeté en l'air puis enterré par l'explosion d'une mine sous la tranchée qu'il occupe. La déflagration de la poudre a produit des brûlures superficielles du visage, du front et de la région temporale gauche. Quelques contusions en divers points du cuir chevelu à maximum gauche. Surdité immédiate, probablement par double labyrinthite hémorragique à maximum gauche. Le lendemain, ce soldat s'aperçoit de l'existence de quatre touffes de cheveux blancs sur la région fronto-pariétale gauche. La décoloration est complète de la base à l'extrémité; ces cheveux sont solidement implantés; le renflement bulbaire est également décoloré. Le reste de la chevelure est brun foncé sans un seul cheveu blanc.

L. rappelle les cas authentiques antérieurs de canitie rapide et conclut à la vraisemblance du rôle joué par les cellules pigmentophages de Metchnikoff, dans la canitie progressive, la mobilisation rapide des cellules médullaires étant fonction de l'ébranlement nerveux général et la mobilisation élective étant fonction de traumatismes locaux. R.-J. WEISSENBACH.

### Eczéma.

**Emploi des antiseptiques à base d'iode dans l'eczéma des jeunes enfants** (Anwendung der jodhaltigen Antiseptika bei Ekzemen kleiner Kinder), par M. SZABO. *Dermatologische Wochenschrift*, 28 février 1914.

Le vioforme est bien toléré par les enfants soit sous sa forme pulvérulente soit en pommades à 5 et 10 pour 100.

PELLIER.

### Erythème nouveau.

**Erythème nouveau et syphilis**, par A. CHAUFFARD et Mlle A. LE CONTE. *Annales de médecine*, décembre 1915, p. 563.

Il est établi aujourd'hui que la plupart des érythèmes nouveaux reconnaissent une origine tuberculeuse. Apparaissent-ils au cours de la syphilis, certains dermatologistes leur reconnaissent une nature spécifique; d'autres ne voient là qu'une coïncidence. Il est probable qu'il s'agit plutôt alors de *symbiose syphilitico-tuberculeuse*.

Chez un homme de 29 ans, syphilis secondaire, roséole, plaques muqueuses, syphilides papulo-érosives et papuleuses, C. et L. ont observé une poussée d'érythème nouveau accompagnée de phénomènes généraux. Les placards d'érythème nouveau (on en détermine un identique au bras par la cuti-réaction) disparurent sans laisser de traces, en 12 jours. Les syphilides, sous l'influence du traitement mercuriel pratiqué dès l'entrée (injection quotidienne de 1 centigramme d'oxy-cyanure de mercure pendant 15 jours), régressent aussi, laissant des macules pigmentaires, cuivrées. Au bout d'un mois, institution d'un traitement arsenical (novarsénobenzol). 3 doses de 15, 30, 45 centigrammes sont supportées sans réaction cutanée; 3 injections de 60 centigrammes pratiquées dans la suite sont suivies chacune d'une poussée immédiate d'érythème nouveau, d'intensité décrois-

sante, ayant duré 4 jours après la 1<sup>re</sup>, 3 jours après la 2<sup>e</sup>, 2 jours après la 3<sup>e</sup>. La réaction de Wassermann, + H<sub>6</sub> après la 1<sup>re</sup> injection de 60, devient — H<sub>6</sub> après la 3<sup>e</sup>. Examen radioscopique : opacité au sommet gauche et chaîne ganglionnaire trachéo-bronchique.

Il n'y a pas de raison d'admettre, dans ce cas, une pathogénie syphilitique : la poussée initiale d'érythème aurait très probablement guéri aussi vite avec un traitement banal. Les récurrences successives survenant après les injections arsenicales ne peuvent être dues à la réaction de Herxheimer à laquelle elles font penser, puisqu'au moment de la 3<sup>e</sup> récurrence, la réaction de Wassermann était négative. Il semble au contraire légitime de conclure ici à l'origine tuberculeuse d'un érythème nouveau apparu à l'occasion d'une syphilis secondaire en évolution : les faits de coïncidence entre syphilis et érythème nouveau sont en effet trop nombreux pour être fortuits. Il est probable que les poussées ultérieures sont plutôt dues à des réactions de foyers qu'aurait suscitées l'arsénobenzol, comme cela s'observe avec d'autres médicaments, les tuberculines, les iodures.

Le fait que la réaction cutanée s'est amoindrie à chacune des 3 doses fortes s'expliquerait par l'arséno-résistance progressive. M. GOVAERTS.

### **Erythrodermie.**

Quelques observations d'érythrodermie desquamative généralisée, par Mlle LOEWE. *Archives de médecine des enfants*, décembre 1915, p. 629.

L. compare six cas d'érythrodermie desquamative généralisée avec deux cas d'eczéma rubrum généralisé. Elle en conclut que ces deux affections ont une symptomatologie très semblable : érythème généralisé, maculeux, la même desquamation caractéristique de tout le corps, la même séborrhée du cuir chevelu, persistant encore après la disparition des autres symptômes. Dans les deux cas la vésiculation est de peu d'importance. L'un et l'autre sont apyrétiques et bénignes. L'érythrodermie desquamative généralisée des nourrissons ne serait en définitive qu'une variété d'eczéma séborrhéique.

M. GOVAERTS.

### **Externe (Eruptions de cause —).**

La diminution de la sensibilité de la peau et de l'organisme par les injections de sérum ou de sang du malade et de nucléinate de soude (Die Herabsetzung der Empfindlichkeit der Haut und des Gesamtorganismus durch Injektionen von Eigenserum, Eigenblut, und Natrium nucleinicum), par B. SPIETHOFF. *Dermatologische Wochenschrift*, 18 octobre 1913.

B. croit avoir observé que certains sujets, tolérant très mal l'application externe de différents produits, perdaient cette sensibilité sous l'action de l'autosérothérapie qui n'avait d'ailleurs à elle seule produit aucune amélioration locale. Ce résultat a été obtenu, après échec de l'autosérothérapie et de l'autohématothérapie, par quelques injections sous-cutanées de nucléinate de soude.

PELLIER.

Erythèmes de la face provoqués pour simuler un érysipèle, par NATALELLI et H. ROGER. *Réunion médicale de la 6<sup>e</sup> armée*, 18 août 1915. *La Presse Médicale*, 25 octobre 1915, p. 421.

N. et R. ont observé, dans le service des érysipèles, 41 érythèmes de la



face, caractérisés par un boursoufflement et une rougeur diffuse de la peau, généralement moins intense que dans l'érysipèle, sans bourrelet périphérique, par des vésicules de la dimension d'une tête d'épingle, beaucoup plus petites que les vésicules érysipélateuses et situées aussi bien à la périphérie et à l'extérieur qu'au centre de la plaque, vésicules se desséchant rapidement pour donner de fines croûtelles jaunâtres de dimensions plus restreintes et de durée moindre que celles de l'eczéma de la face.

Ces érythèmes occupent surtout les joues, le front, les régions sous-maxillaire et mastoïdienne, plus rarement le nez; ils ne s'accompagnent d'aucune poussée thermique, d'aucun trouble de l'état général; ils atteignent d'emblée leur maximum et, s'ils sont soigneusement surveillés, guérissent en quelques jours sans aucune médication.

Ils sont provoqués, comme quelques simulateurs ont fini par l'avouer, par une friction de la face avec une substance rubéfiante ou vésicante en particulier avec un thapsia.

R.-J. WEISSENACH.

**Sur la suppression du poison des teintures** (Ueber die Entgiftung von Pelz- und Haarfärbemitteln), par J. COLMAN. *Dermatologische Wochenschrift*, 13 décembre 1943.

La teinture des fourrures par la para-phénylènediamine ne peut provoquer d'accidents si la matière tinctoriale en a été suffisamment expulsée par lavage.

C. a observé que l'addition d'un sel agissant comme réducteur, le sulfite de soude par exemple, neutralise de façon à peu près complète la chinoxaline dont Erdmann et Vahlen ont démontré le rôle dans l'action irritante de la para-phénylènediamine. Le mélange de sulfite et de toluylènediamine est encore mieux toléré.

PELLIER.

### Gangrène.

**Gangrène symétrique des extrémités, du type Raynaud, et lésions artérielles**, par A. SOUQUES. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 24 janvier 1946, p. 70.

Observation détaillée d'un malade présentant des lésions artérielles chroniques, bilatérales et étendues chez qui évolua une gangrène symétrique des extrémités du type Raynaud. S. émet l'opinion qu'il y a un rapport de cause à effet entre l'artérite et la gangrène et que celle-ci est sous la dépendance de celle-là, l'angiospasme greffé sur la lésion chronique artérielle ne jouant qu'un rôle accessoire. La gangrène symétrique des extrémités du type Raynaud reconnaît deux facteurs, l'un primordial, l'artérite, et l'autre secondaire, l'angiospasme.

R.-J. WEISSENACH.

### Gelures.

**Les gelures des pieds**, par A. MOUCHET. *Paris Médical*, 13 mars 1945.

Dans cet article basé sur l'étude de 20 cas personnels, dont 14 cas graves, avec gangrène sèche ou humide, plus ou moins profonde et étendue, M. expose l'étiologie, la pathogénie et le traitement des gelures des pieds.

L'action du froid, du froid humide surtout est primordiale; l'action des chaussures humides qui se racornissent, des bandes molletières ou des guêtres trop serrées est importante mais non primordiale. Nos soldats

dans l'eau ou la boue glacées des tranchées obligés à l'immobilité, en station debout, dans l'impossibilité d'enlever de temps en temps leurs souliers se trouvent dans les conditions qui entraînent la stase circulatoire des membres inférieurs, cause favorisante de la production des gelures.

M. passe en revue les différents moyens prophylactiques et envisage ensuite le traitement des gelures. Dans les gelures du 1<sup>er</sup> degré, tous les moyens donnent de bons résultats. Dans les gelures du 2<sup>e</sup> degré les pansements à l'acide picrique, les pâtes et pommades peuvent être également recommandés. Dans les gelures du 3<sup>e</sup> degré, l'opération s'impose, aussi économique que possible.

R.-J. WEISSENBACH.

**Les gangrènes produites par le froid**, par LENORMANT, *La Presse Médicale*, 20 juin 1914, p. 469.

Il existe deux types bien distincts de gangrènes produites par le froid : les unes correspondent au type décrit par les classiques et sont la conséquence de l'action directe d'un froid très rigoureux sur les tissus ; les autres, relevant très vraisemblablement d'un trouble circulatoire, affectent l'aspect clinique de la gangrène symétrique et surviennent alors que la température ne s'abaisse pas extrêmement.

Ce dernier type moins connu est le plus intéressant. De très nombreux cas se produisirent pendant la guerre des Balkans. Les accidents sont survenus à la suite de l'exposition à un froid humide, peu intense. Ils surviennent le plus souvent aux pieds, parfois aux mains ; ils ont été fort bien décrits par Wietling. Au degré le plus léger, on note seulement des douleurs avec œdème et pâleur. A un degré de plus s'observent de la tuméfaction des orteils et des phlyctènes à contenu séreux ; la guérison est encore possible sans gangrène.

Enfin dans les cas les plus graves les parties atteintes sont froides, de couleur gris ardoisé ; la mortification est fatale, plus ou moins étendue. Des complications septiques par infection secondaire s'observent parfois.

La pathogénie de ces gangrènes est discutée ; la gelure semble le fait non de l'action directe du froid, insuffisant dans ces cas, sur les tissus, mais indirectement par paralysie vaso-motrice prolongée accompagnée de stase et de thrombose vasculaire. Welcker, toutefois, attribue la gangrène, dans ces cas, à une endartérite infectieuse.

R.-J. WEISSENBACH.

**Les moyens préventifs et curatifs des congélations**, par A. PLICQUE. *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 25 décembre 1914, p. 932.

**Moyens préventifs** : graissage des extrémités (huile, vaseline, sain-doux, etc.). Gants, passe-montagne, chaussettes en laine — ou mieux pour les chaussettes 2 paires superposées : 1<sup>re</sup> coton, 2<sup>e</sup> laine (couché d'air interposée, pas d'irritation cutanée par la laine) ; éviter qu'elles ne compriment le pied dans le soulier. Chaussures : empêcher le cuir de racornir et l'imperméabiliser par onctions au pétrole (danger : inflammable) ou les recouvrir d'une enveloppe en drap, laine ou feutre (bandes molletières). La station debout longtemps prolongée arrête la circulation du pied par compression du lacis veineux plantaire : dès la première sensation d'engourdissement, battre la semelle énergiquement.

**Moyens curatifs** doivent tendre : a) à rétablir la circulation. Au début,

éviter l'action brutale de la chaleur. Frictions sèches, ou onctions avec un corps gras à peine attiédi, douces puis plus énergiques quand l'asphyxie locale disparaît. Ensuite nettoyage à l'eau tiède alcoolisée et savon. Si possible, pommades contre les brûlures de Lucas-Championnière. Dans la suite, poursuivre les massages, et faire faire des mouvements méthodiques bien à fond du pied et des orteils, la jambe étant élevée au maximum à l'aide des deux mains. b) à empêcher les infections secondaires : gangrène, tétanos, etc. En cas d'ulcérations, user d'antiseptiques; des pansements humides, il n'y a à retenir que la série aromatique; mais danger de macération. Sont préférables : solution d'acide picrique au 1/400, pommade au salol camphré au 1/10, poudre de peroxyde de zinc, poudre composée de Championnière; le pansement doit être très lâche : pas de bandes, ouate boriquée très lâche, chaussette ou bas stérilisés par-dessus. Injection préventive de sérum antitétanique. A craindre dans la suite : névrite ascendante. Les indications opératoires sont données par l'affaiblissement de l'état général, les destructions locales trop graves. Autant que possible tenter de simples régularisations. Mais on peut être forcé de pratiquer l'amputation.

τ M. GOVAERTS.

**Note sur le traitement des cas de congélation par les injections sous-cutanées d'oxygène gazeux**, par A. DUMAREST. *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 23 décembre 1914, p. 938, 25 décembre 1915, p. 929.

1<sup>re</sup> note. — Avantages de ces injections : elles limitent le sphacèle aux parties absolument mortifiées et favorisent activement le retour de la vie aux régions qui sans elles se mortifieraient à leur tour; hâtent le processus d'élimination des parties définitivement sphacelées et de réparation des plaies qui en résultent, diminuent notablement les douleurs, contribuent au relèvement de l'état général.

Technique : à l'arrière d'une soufflerie de thermocautère, on adapte le tube d'un ballon d'oxygène; à l'avant, le corps de pompe d'une seringue de Pravaz garni de coton hydrophile (filtration du gaz); à l'extrémité de la seringue, aiguille assez grosse; enfoncer l'aiguille (pour le pied) au tiers inféro-interne de la jambe dans la direction du pied; pousser lentement l'injection, 1 l. 1/2 à 3 l. Un massage doux et prolongé conduit le gaz dans toute la région malade. L'injection est renouvelée tous les 2 ou 3 jours.

2<sup>e</sup> note. — Relation de l'observation d'un malade traité avec succès par la méthode préconisée.

M. GOVAERTS.

### **Lupus.**

**Lupus du gland** (Lupus der Glans penis), par A. KRAUS. *Dermatologische Wochenschrift*, 28 février 1914.

De petits nodules lupiques présentant tous les caractères cliniques et dont l'examen microscopique vérifia la nature furent observés sur le gland d'un homme de 37 ans, souffrant fréquemment d'herpès génital. Le sujet avait eu deux mois auparavant des rapports avec une femme très suspecte de tuberculose (coût buccal).

PELLIER.

**Contribution au traitement du lupus vulgaire par l'or et le cuivre**

(Beitrag zur Gold- und Kupferbehandlung des Lupus vulgaris), par V. MENT-BERGER. *Dermatologische Wochenschrift*, 7 février 1944.

En aucun cas M. n'a pu constater les résultats favorables signalés par Bruck et autres auteurs, comme dus au cyanure d'or. Le lekutyl, produit cuprique, ne semble pas davantage destiné à remplacer les traitements anciens.

PELLIER.

### **Médicamenteuses (Eruptions).**

**Déterminisme étiologique d'un érythème maculo-papuleux consécutif à la vaccination antityphique**, par PR. MERKLEN et ACHPSE. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 8 octobre 1945, p. 846.

Cas d'érythème maculo-papuleux généralisé, consécutif à une quatrième injection de vaccin antityphique de Vincent (2 c. c.). M et A. insistent sur le groupement et la sommation des causes qui ont été nécessaires pour provoquer l'érythème: viciation particulière des humeurs, diminution de la valeur fonctionnelle du foie, association médicamenteuse, injection du vaccin antityphique.

R.-J. WEISENBACH.

**Erythème scarlatiniforme d'origine mercurielle (cas clinique)** (Eritema escarlatiniforme de origen mercurial — caso clinico), par SANZ DE GRADO. *Actas dermo-sifiliográficas*, avril-mai 1944, p. 225.

H. 22 ans; atteint d'orchite blennorrhagique, se fait sans consulter personne des frictions d'onguent napolitain belladonné. Trois jours après, éruption sur le ventre, débutant à 1 ou 2 travers de doigt au-dessous de l'ombilic, et limité en bas par deux lignes qui viennent par les sillons inguinaux et par la partie supéro-interne des cuisses se terminer à leur face interne en leur partie haute. L'éruption est formée de grandes plaques rouges ressemblant à la scarlatine, avec par endroits de petits éléments érythémateux isolés, de petites vésicules et des éléments purpuriques, hémorragiques rares sur les cuisses. Malaise général, mais ni fièvre, ni salivation, pas de troubles gastro-intestinaux, urine normale. J. MÉNEAU.

### **Neurofibromatose.**

**Anomalies de l'appareil visuel, de l'intelligence et du squelette associées à la neuro-fibromatose généralisée** (Présentation du malade), par E. JEANSELME. *Bulletin et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 3 décembre 1945, p. 4436.

Homme de 26 ans, présentant des macules pigmentaires de toutes tailles disséminées sur les téguments mais plus nombreuses sur le tronc, des petites tumeurs sessiles particulièrement nombreuses sur le tronc, des nodules hypodermiques soulevant la peau qui à leur niveau prend une nuance violacée. Nulle part, il n'existe d'épaississements cylindroïdes ou moniliformes le long des rameaux nerveux superficiels ou des nerfs sous-aponévrotiques accessibles à la palpation.

L'examen de l'appareil visuel montre un état tigré du fond de l'œil; la pupille est irrégulièrement circulaire à bords un peu épaissis et diffus, d'une coloration gris rougeâtre. Aucun stigmate d'hérédo-syphilis, réaction de Wassermann négative, microphthalmie, léger strabisme interne et nys-

tagmus horizontal. Intelligence des plus bornées. Le malade ne sait ni lire ni écrire quoiqu'il ait suivi régulièrement l'école ; sa parole est intelligible mais l'articulation des sons est défectueuse. Il a entrepris plusieurs métiers, mais toujours sans succès. Il vient d'être réformé pour débilité mentale.

Les membres supérieurs sont démesurément longs ; le rachis est en scoliose cervico-dorsale ; il existe une hémiatrophie crâniofaciale prononcée, le front est très bas, la mâchoire inférieure est très développée. L'examen radiographique de la cavité crânienne montre que la cavité de la selle turcique est réduite au tiers de sa capacité normale. Néanmoins on n'observe aucun signe pouvant être imputé à une insuffisance de l'hypophyse. Aucun signe d'infantilisme : la voix n'est pas grêle, le système pileux est moyennement développé, l'embonpoint est normal, les organes génitaux n'ont pas subi d'arrêt de développement. Aucun syndrome ne peut faire penser que les glandes (thyroïde, capsules surrénales, testicule) soient insuffisantes.

R.-J. WEISSENBACH.

### **Parasites animaux divers.**

**Maculae coeruleae ou taches bleues par pulex irritans**, par SOMMER et GREGO. *Sociedad Dermatológica argentina*, 1914, n° 5, p. 83.

Un Italien de 26 ans, journalier, présente sur le tronc et les membres des taches bleues rappelant celles qui sont dues aux morpions ; mais la recherche de ces parasites ne permit d'en découvrir nulle part. Quelques taches présentant des transitions entre la piqûre de puce et la formation de tache bleue, S. et G. pensèrent que les taches bleues étaient dues à des piqûres de puces, les pétéchies y étant plus nombreuses que dans les piqûres par *Phthirus pubis*. Le fait put être vérifié. Le malade transpirait beaucoup. La tache bleue serait due à la sécrétion salivaire de la puce qui répandue par la piqûre produit la tache bleue à la peau par transformation du sang du malade.

J. MÉNEAU.

**Creeping eruption. Un cas avec mise en évidence de larves** (Creeping eruption. Bericht über einen Fall mit Nachweis der Larven), par Th. CATES. *Dermatologische Wochenschrift*, 41 avril 1914.

Les lésions cutanées consistaient en une rougeur diffuse à laquelle le grattage n'était pas étranger et au sein de laquelle une observation plus attentive montrait deux taches érythémateuses de 3 à 4 millimètres de diamètre. Par un simple grattage avec l'ongle, C. put extraire deux larves semblables en tous points à celles décrites par Sokolow. La facilité avec laquelle ces parasites furent trouvés doit être attribuée d'abord à ce qu'il s'agissait d'un cas au début dans lequel les larves n'avaient pas eu le temps de suivre des trajets linéaires et ensuite à ce qu'il ne fut fait usage d'aucun instrument tranchant susceptible de provoquer une hémorragie au sein de laquelle les larves eussent pu passer inaperçues.

PELLIER.

### **Pellagre.**

**La pellagre chez les enfants**, par J. COMBY. *Archives de médecine des enfants*, février 1915, p. 93.

La pellagre se rencontre chez des enfants de tous les âges, même chez les nourrissons. Cette observation rend bien douteuse la théorie de l'origine

alimentaire de cette maladie souvent attribuée à la consommation de maïs avarié.

Le lait de la femme pellagreuse, pauvre en caséine et en fer, amène chez le nourrisson de la cachexie ou le rachitisme. La mère pellagreuse ne doit donc pas nourrir son enfant.

La symptomatologie de la pellagre infantile est semblable à celle de l'adulte. Elle comprend des troubles digestifs (entérite, constipation ou diarrhée, vomissements), cutanés (érythème plus ou moins prurigineux, d'abord localisé à la face dorsale des mains et des pieds, sec ou bulleux, susceptible de s'étendre ensuite et soumis aux influences saisonnières). Il est aggravé par les rayons solaires et peut atteindre les muqueuses et la langue. Il existe aussi des troubles nerveux (insomnie, asthénie, exagération des réflexes rotuliens).

Le pronostic est d'autant plus grave que l'enfant est plus jeune. Le nourrisson sain ou malade d'une femme pellagreuse doit être sevré ou confié à une autre nourrice. A tous les âges, il faut conseiller un changement de milieu et améliorer les conditions hygiéniques. On peut aussi recourir à l'hydrothérapie, aux lotions astringentes. Préserver de la lumière solaire. A l'intérieur, fer et arsenic.

M. GOVAERTS.

### **Pemphigus.**

**Recherches sur un traitement du pemphigus par le contenu des bulles** (Versuche einer Pemphigusbehandlung mit dessen Blaseninhalt); par T. HOLOBUT et J. T. LENARTOWICZ. *Dermatologische Wochenschrift*, 10 janvier 1944.

Bons résultats dans deux cas.

PELLIER.

**Remarques sur l'article :..... de Holobut et Lenartowicz** (Bemerkungen zu...), par F. LUTHLEN. *Dermatologische Wochenschrift*, 7 février 1944.

Les résultats que H. et L. attribuent à une sorte de autosérovaccination doivent être seulement attribués à l'autosérothérapie.

PELLIER.

**Un cas de pemphigus végétant** (Case of pemphigus vegetans), par PRINGLE. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*. 20 mai 1945, p. 155.

Un soldat, âgé de 28 ans, atteint depuis plusieurs mois d'un pemphigus végétant, guérit à la suite d'un érysipèle grave.

S. FERNET.

### **Pilaire (Modifications du système — après les plaies de guerre).**

**L'hypertrichose dans les traumatismes des membres avec ou sans lésion nerveuse**, par LEBAR. *Paris Médical*, 29 janvier 1946, p. 114.

L. se basant sur l'observation de 44 cas d'hypertrichose consécutifs à des traumatismes des membres avec ou sans lésion nerveuse, discute la pathogénie des troubles de la fonction pilaire.

L'hypertrichose existe même lorsque les nerfs ne sont pas lésés. Elle existe dans certains cas de paralysie purement fonctionnelle. Elle n'est pas influencée dans son apparition et son abondance par le degré de la lésion nerveuse, quand existe celle-ci. La localisation de l'hypertrichose ne



présente aucun rapport avec le territoire de distribution cutanée du nerf lésé; elle le déborde et le dépasse dans tous les cas. Le facteur le plus important dans le déterminisme des troubles trophiques en général et plus spécialement de l'hypertrichose est l'immobilisation, qu'elle soit volontaire, par crainte de la douleur, thérapeutique par application d'un grand pansement ou d'un appareil d'extension ou causée par la paralysie du membre. L. voit dans l'absence du fonctionnement normal du muscle, dans l'absence de la contraction musculaire, l'origine des troubles trophiques par un mécanisme réflexe, mal connu dans ses détails et dans lequel le grand sympathique jouerait le rôle le plus important. R.-J. WEISENBACH.

**Contribution à l'étude des troubles du système pileux et de la sudation spontanée des membres au cours des lésions traumatiques de guerre des nerfs périphériques**, par Maurice VILLARET. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 26 novembre 1945, p. 4204.

D'une étude détaillée de 86 observations, V. conclut que : à côté des nouveaux symptômes décrits au cours des lésions traumatiques des nerfs, comme la striation des ongles, les troubles de la sudation provoquée, les modifications de la sudation spontanée, les troubles trophiques consécutifs à la galvanisation prolongée, il convient de réserver une place importante aux modifications du système pileux.

Au cours des blessures des troncs nerveux par armes à feu, et même dans certains cas où le traumatisme du membre ne semble pas entraîner d'altération nerveuse apparente, ces troubles doivent attirer l'attention du clinicien et fixer son diagnostic.

À l'hypertrichose correspondent des modifications des réactions électriques banales, légères ou nulles. L'hypotrichose s'accompagne, pour ainsi dire toujours, de réaction de dégénérescence.

Il est donc légitime de conclure que l'absence de modifications des poils doit faire soupçonner une impotence névrosique; l'hypertrichose limitée d'un segment de membre, à la suite d'un traumatisme de celui-ci, une lésion nerveuse susceptible de régression; l'hypotrichose enfin, une section complète et définitive.

Ces constatations sont susceptibles jusqu'à un certain point de remplacer l'électrodiagnostic et elles peuvent être utiles à connaître pour l'établissement d'une thérapeutique appropriée dans les divers cas de lésion traumatique des nerfs périphériques. R.-J. WEISENBACH.

**La croissance des phanères au cours de la réparation des plaies de guerre** (Hypertrichose d'origine traumatique), par E. GLEY et Robert Lœwy. *Comptes Rendus hebdomadaires des séances de la Société de Biologie*, 1<sup>er</sup> mai 1945, p. 204.

G. et L. rapportent quinze observations de blessures graves des membres, avec ou sans lésions nerveuses, qui furent suivies lors de la réparation des tissus d'une croissance exagérée des poils et quelquefois aussi des ongles.

Ils pensent que ces faits de croissance exagérée des phanères sont à rattacher à la catégorie des réfections de tissus consécutives aux troubles de nutrition causés par les maladies infectieuses graves, telles que la

fièvre typhoïde, et qui se produisent lors de la convalescence de ces maladies. De fait, c'est dans le cas où les délabrements musculaires et cutanés ont été les plus considérables que la croissance des phanères leur a paru particulièrement marquée. La réparation de ces grands délabrements ne se fait que grâce à la formation de nouveaux vaisseaux et à une suractivité circulatoire qui conditionnent vraisemblablement l'augmentation des processus nutritifs. Les grands traumatismes, accompagnés d'infection locale, auraient donc sur le métabolisme assimilateur, sur la fixation de matières, une influence analogue à celle de la convalescence des maladies infectieuses.

R.-J. WEISSENBACH.

### **Pilaire (Régénération).**

**Nouvelles recherches sur l'action des procédés actinothérapiques sur la régénération pilaire** (Nuevas investigaciones sobre la acción de los procedimientos actinoterápicos en la regeneración pilar), par PEYRI. *Actas dermo-sifiliográficas*, avril-mai 1943, p. 225.

Après avoir longuement étudié les conditions de la régénération du poil, les éléments utiles à cette régénération d'après l'étude histopathologique de la photodermite produite par la lampe à vapeurs de mercure, et décrit sa technique, P. conclut : sur 6 cas de pelade généralisée, deux n'ont rien donné, un a été guéri complètement avec repousse intégrale, un après trois ans de traitement, s'améliore progressivement, et il ne reste plus que quelques plaques à la tempe; un s'améliore sûrement et fermement depuis 6 mois qu'il est traité, et dans le dernier, après amélioration, il reste 2 plaques à la nuque, décidément rebelles. Dans les cas à plaques multiples, les résultats ont été plus ou moins longs à obtenir, mais toujours bons, pourvu que le traitement soit sérieusement suivi. Il faut cependant en distraire les pelades serpigneuses du cuir chevelu et de la barbe, qui dépillent successivement toutes les régions pileuses et repeuplent simultanément les premières régions atteintes. P. a pu traiter des pelades à plaque unique parce qu'elles guérissent avec les procédés ordinaires; il en a traité 7 du type ophiasique résistant. Il divise l'alopecie séborrhéique en 1<sup>re</sup> pityroïde qui bénéficie toujours du traitement, pourvu que le processus ne soit pas trop avancé, 2<sup>de</sup> séborrhéique avec érythème ou eczématisation, dans lesquelles l'action est brillante et jusqu'à présent unique; 3<sup>de</sup> séborrhéique squamo-croûteuse respectant les bords du cuir chevelu, attaquant surtout le vertex, progressive, d'origine pseudo-favique. Cette variété n'a donné que de très médiocres résultats. Dans les alopecies par folliculites décalvantes de Brocq, les résultats ont été bons quant à la guérison du processus folliculaire; sur les bords de la plaque atrophique définitive, la réparation du cheveu s'est faite dans d'excellentes conditions, la vitalité pilaire s'est complètement récupérée, contrairement à ce qui se passe avec les traitements ordinaires. Dans ces cas, l'indication est formelle. Dans l'hypoplasie pilaire congénitale, on ne peut guère attendre de résultats de cette méthode.

J. MÈNEAU.

### **Plaies de guerre (Dermatoses consécutives aux).**

**Dermes consécutives aux blessures de guerre (Dermes eczémateuses, érythrodermies, kératodermies pyodermes, troubles**

trophiques cutanés), par L. BUTTE. *Bulletin et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 4 février 1916, p. 117.

B. rapporte en détail treize observations d'altérations cutanées diverses (mais dont la plupart sont des infections des téguments) qui toutes sont apparues chez des individus bien portants antérieurement, blessés soit par balles, soit par éclats d'obus, soit par instruments contondants. Ces lésions sont apparues un temps plus ou moins long après la guérison de la blessure et toujours au voisinage de celle-ci. Elles ont souvent suivi l'application de topiques irritants : teinture d'iode en particulier. Elles sont tenaces et ont une grande tendance aux récidives. Dans certains cas elles ont entraîné la réforme temporaire. Pour B. la blessure, ou, du moins, les altérations qu'elle a provoquées dans le tissu nerveux sont une des causes premières des dermites observées, aussi les range-t-il dans les dermatoneuroses.

R.-J. WEISSENBACH.

**Des eczémas artificiels durables, causés autour des plaies de guerre par l'abus des antiseptiques**, par R. SABOURAUD. *La Presse médicale*, 14 février 1916, p. 63.

S. insiste sur la fréquence des épidermites artificielles causées par l'emploi intempestif ou immodéré des antiseptiques traumatisants, entre autres de la teinture d'iode et de l'eau oxygénée. Il cite quelques observations caractéristiques. Parmi les antiseptiques actifs contre les microbes mais peu nocifs pour l'épiderme, S. donne la première place à l'ancienne eau d'Alibour.

R.-J. WEISSENBACH.

**Dermatoses développées autour des plaies de guerre et trajets fistuleux**, par A. DESAUX. *La Presse médicale*, 30 mars 1916, p. 138.

D. étudie, classe ces dermatoses en deux catégories : 1° les unes sont d'origine microbienne et constituent des accidents purement locaux. Ce sont des dermo-épidermites provoquées par les microbes de la plaie, agents pathogènes qui se développent sur les téguments traumatisés par les antiseptiques ; 2° les autres représentent une localisation au locus minoris resistentiæ, créé par la blessure et le plus souvent l'abus des antiseptiques, d'une affection cutanée générale eczéma, parakératose psoriasiforme, psoriasis, etc... Ce sont des manifestations locales de réactions cutanées générales chez des sujets antérieurement prédisposés. Assez souvent ces deux types morbides s'associent.

Au point de vue bactériologique, la dermoépidermite semble être causée par le streptocoque ; à l'exemple de l'impétigo, secondairement la dermoépidermite streptococcique est infectée par le staphylocoque doré. Autour de la plaque principale de dermoépidermite centrée par la plaie ou la fistule apparaissent en peau saine des lésions streptococciques (phlyctènes séro-purulentes ou staphylococciques (folliculites). D'autres germes, bacilles et coccus polymorphe de Cedercreutz, semblent n'être que des saprophytes.

Le traitement préventif de ces lésions consiste en la restriction et la surveillance des antiseptiques utilisés, l'emploi de pâte à l'oxyde de zinc pour isoler les téguments. Pour le traitement curatif on emploie les pansements humides à l'eau d'Alibour diluée au 1/10 pour produire la chute des

squames, l'attouchement à la solution de nitrate d'argent au 1/100 puis au 1/20 de la surface détergée et surtout de la zone d'extension, puis après désinfection de celle-ci, l'application de pommade à base de goudron et d'ichtyol.

R.-J. WEISENBACH.

### **Prurit.**

**Le prurit anal des hémorroïdes latentes**, par MATIGNON. *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, 1914, n° 22.

Le prurit anal symptomatique des hémorroïdes internes latentes apparaît ou augmente au cours du séjour au lit. Léger au début, il s'accuse et incite au grattage, cause provocatrice des érosions et de la dermite qui augmenteront à leur tour la sensibilité de la région anale.

L'examen de l'anus révèle peu de chose : des traces de grattage, un peu de lichénisation, il n'y a pas d'hémorroïdes externes et le toucher rectal ne révèle pas la présence d'hémorroïdes internes. L'examen rectoscopique révèle parfois tout au plus une vascularisation plus accusée de la région sphinctérienne.

Les malades sont parfois des constipés, souvent des nerveux ou des émotifs, présentant du spasme intestinal avec pesanteur ano-périnéale et fréquemment de faux besoins d'aller à la selle. De temps à autre, à la suite d'une selle facile ou même de simples efforts hémorragie soudaine, le sang coulant en fusée. Pendant 3 à 5 jours l'écoulement se reproduit, après chaque selle, et ensuite tout rentre dans l'ordre ; pour une période plus ou moins longue, prurit et pesanteur de la région anale disparaissent, comme si cette saignée légère avait décongestionné la région.

M. admet que sous l'influence de la chaleur du lit, les veines hémorroïdaires se distendent : il y a congestion passive de toute la région anale, congestion cause du prurit. Cette opinion semble confirmer par ce fait que les vasoconstricteurs sont d'effet supérieur à tous les topiques antiprurigineux. M. conseille soit les suppositoires à l'adrénaline, soit surtout les lotions à l'eau très chaude.

R.-J. WEISENBACH.

### **Psoriasis.**

**Le psoriasis émotif et traumatique**, par E. GAUCHER et M<sup>lle</sup> Renée KLEIN. *Paris Médical*, 6 mai 1916, p. 428.

G. et K. rapportent huit observations dans lesquelles le psoriasis a débuté à l'occasion d'un choc nerveux, d'une émotion violente ou d'un traumatisme. Dans quatre observations le psoriasis survint à la suite de blessures de guerre et l'éruption débuta sur la cicatrice même. Les deux causes déterminantes, émotion et traumatisme, peuvent être invoquées pour expliquer le développement de la poussée psoriasique.

R.-J. WEISENBACH.

**L'autosérothérapie dans le psoriasis** (Autogenous serum in the treatment of psoriasis), par HOWARD FOX. *The Journal of the American Medical Association*, 19 décembre 1914, p. 1290.

L'autosérothérapie pratiquée seule dans le psoriasis ne modifie pas l'éruption. Pratiquée simultanément avec des applications locales de chrysarobine, elle donne d'excellents résultats ; certaines éruptions rebelles de psoriasis, résistant au traitement prolongé par la chrysarobine, guérissent

complètement dès qu'on pratique l'autosérothérapie. L'autosérothérapie, pratiquée par la voie intraveineuse, ne présente aucun danger. La technique du prélèvement, de la séparation et de l'injection du sérum est très simple.

S. FERNET.

**Traitement du psoriasis par le sérum de cheval** (The treatment of psoriasis with horse serum), par PERRY. *Boston medical and surgical journal*, 24 février 1916, p. 274.

De même que l'autosérothérapie, les injections de sérum de cheval ont peu de valeur dans le psoriasis lorsqu'on ne fait pas, simultanément, un traitement local. Cependant, pratiquées sur des malades soumis à un traitement local, non seulement elles activent la guérison, mais elles peuvent guérir des sujets dont l'éruption était jusque-là rebelle au traitement local. Les injections de sérum de cheval doivent être faites sous la peau; pratiquées par la voie intraveineuse, elles exposent à des accidents d'anaphylaxie.

S. FERNET.

### **Purpura.**

**Scorbut infantile chez un enfant de quatre ans, nourri au lait homogénéisé**, par Georges SCHREIBER et FRANÇOIS. *Archives de médecine des enfants*, août 1914, p. 611.

Exposé d'un cas de maladie de Barlow à forme de pseudo-paraplégie douloureuse et dont la particularité est l'éclosion tardive (enfant de 4 ans, nourri longtemps au lait homogénéisé à cause de troubles digestifs). Guéri par changement de régime.

M. GOVAERTS.

**Un cas de maladie de Barlow**, par LASSALLE. *Archives de médecine des enfants*, février 1915, p. 89.

A propos d'un cas qu'il a observé, L. discute l'étiologie du scorbut infantile. D'après lui, le lait pur, pasteurisé, doit être mis hors cause; son emploi intempestif provoque du rachitisme, les laits modifiés donnent le scorbut infantile. Le principe antiscorbutique du lait ne survit pas aux manipulations de maternisation et de peptonisation. Dans les farines lactées, c'est le lait modifié et non pas la farine qui peut provoquer la maladie de Barlow, surtout si ces préparations sont vieilles ou trop longtemps administrées.

M. GOVAERTS.

### **Pyodermites.**

**Les applications locales de fuchsine dans le traitement de l'impétigo et des pyodermites en général**, par CLEMENTI JERREIRA. *Archives de médecine des enfants*, août 1915, p. 425.

F. a employé avec succès la fuchsine en topique, recommandée par Triboulet dans les infections à streptocoques et à staphylocoques survenant chez des enfants atteints de troubles gastro-intestinaux, et également dans les érythèmes et intertrigos.

M. GOVAERTS.

### **Radiothérapie.**

**Les résultats de la radiothérapie et de la radiumthérapie en thérapeutique cutanée**, par GAUCHER. *Bulletin de l'Académie de médecine*, 11 juillet 1916, p. 17.

G. signale les dangers de l'emploi des rayons X : dans les dermatoses

bénignes (acnés, naevi) et les épilations, ils peuvent causer des cicatrices indélébiles, télangiectasiques, ou bien des ulcérations parfois à très longue échéance (un cas après des applications remontant à 40 ans). Dans le lupus, la guérison n'est jamais totale; ils peuvent provoquer sa transformation épithéliomateuse. Dans l'épithélioma cutané, la guérison par leur emploi n'est pas à l'abri des récidives. Il faut craindre la production d'un ulcère de Röntgen se transformant lui-même en épithélioma.

Dangers analogues, bien que moindres peut-être, de l'emploi du radium, qui peut déterminer des ulcérations suivies de cicatrices difformes, ne pas empêcher les récidives après guérison des cancers cutanés, favoriser l'extension et l'apparition de l'épithélioma sur radiumdermite (observé notamment dans un cas de cancer du clitoris, et dans un cas de gommès syphilitiques de la langue).

Conclusion : les rayons X et le radium ne doivent être employés en thérapeutique cutanée qu'avec prudence, circonspection, conscience de leurs dangers, et seulement dans les cas où les autres modes de traitement ne sont pas applicables ou ne donnent pas de résultats. M. GOVAERTS.

### **Sarcoïdes.**

**Tumeurs sarcoïdes de la peau** (Sarkoïde Tumoren der Haut), par R. L. SUTTON. *Dermatologische Wochenschrift*, 9 mai 1914.

S. met dans un groupe à part les sarcoïdes du type Darier-Roussy et les lésions décrites par Wende sous le nom de tuberculoses hypodermiques. Il considère comme nettement isolés le type décrit par Boeck et le type Spiegler-Fendt. PELLIER.

### **Sporotrichose.**

**Présence du sporotrichum Beurmanni sur un épi de blé**, par A. SARTORY. *Comptes rendus hebdomadaires des séances de la Société de Biologie*, 18 décembre 1915, p. 740.

S. a isolé et identifié le sporotrichum Beurmanni d'un épi de blé parasité qui semblait atteint de rouille. Le champignon n'était pas pathogène pour le rat en première génération; la virulence s'exalta par passages successifs d'animal à animal et on put obtenir ultérieurement un échantillon qui provoquait chez le rat une septicémie rapidement mortelle. C'est une fois de plus signalée la présence dans la nature à l'état saprophytique du sporotrichum Beurmanni.

R.-J. WEISSENBACH.

**Sporotrichose à forme éléphantiasique. Présentation du malade et du moulage**, par L. QUEYRAT. *Bulletin et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 30 juillet 1915, p. 668.

Homme de 59 ans, la main droite se présentant avec un aspect véritablement éléphantiasique. Le tour du poignet du côté lésé mesure 27 centimètres au lieu de 19 du côté sain; le tour de la main, 29 centimètres au de 21. La face dorsale de la main est saillante, en dôme, de couleur normale, œdématisée. Les doigts sont très œdématisés: le médius de la main saine mesure 7 centimètres de circonférence, le médius de la main malade plus de 11. Sur la face dorsale du poignet existe une ulcération ovale de 1 centimètre 1/2 de diamètre à bords nets, décollés, rouges, à fond gri-



sâtre, laissant écouler un pus gris jaunâtre. D'autres ulcérations plus petites siègent sur l'auriculaire. Ankylose des articulations phalangophalangiennes de l'auriculaire, du médius et du pouce.

L'œdème remonte à peu près jusqu'au coude. Sur l'avant-bras et le bras on trouve cinq ulcérations de 1 à 2 centimètres de diamètre, intéressant l'hypoderme, peu douloureuses, et suppurant abondamment.

Adénite épitrochléenne, pas d'adénite axillaire.

Nulle part ailleurs on ne trouve de lésions analogues.

Le début remonte à environ deux ans pour le bras.

La réaction de Wassermann fut négative. L'ensemencement du pus sur gélose maltosée donna en une dizaine de jours une culture abondante de sporotrichum.

L'existence de lésions tuberculeuses du poumon et une hémoptysie firent rejeter comme traitement l'ingestion d'iodure de potassium. Q. a utilisé les arsenicaux : cacodylate de soude et hectine ; les ulcérations se sont cicatrisées, l'empâtement de la main, du poignet et de l'avant-bras a considérablement diminué.

R.-J. WEISSENACH.

### **Staphylococcie.**

**Nouvelle application des vaccins staphylococciques** (Nueva aplicación de las vacunas estafilocócicas), par COVISA et G. AGUSTINA. *Actas dermatofiliográficas*, février-mars 1945, p. 474.

1° On doit employer les vaccins staphylococciques polyvalents dans tous les cas d'adéno-péri-adénites inguinales et crurales. A) Dans les cas aigus, non suppurés ou déjà en suppuration franche ; dans les premiers, parce que la résolution survient sans autre intervention ; dans les seconds, parce que le vaccin active la guérison en faisant disparaître les infiltrats péri-ganglionnaires. B) Dans les cas subaigus, non suppurés, avec douleur peu intense, sans participation de la peau au processus, parce qu'il les résout comme les cas aigus ou facilite et abrège la période de suppuration. C) Dans les cas chroniques qui d'ordinaire ne causent pas de troubles, parce qu'il les réabsorbe souvent sans qu'ils arrivent au ramollissement ni par conséquent à la suppuration. 2° Dans les cas d'adénites qui évoluent postérieurement vers le type chancreux, les vaccins n'arrêtent pas le processus et n'améliorent pas les symptômes locaux.

J. MÉNEAU.

### **Tache mongolique.**

**La tache bleue mongolique à São Paulo**, par CLEMENTI JERREIRA. *Archives de médecine des enfants*, mars et octobre 1945, p. 544 et 543.

Des taches pigmentaires, d'un bleu ardoisé, siégeant surtout dans la région sacro-lombaire, se rencontrent presque constamment chez les nourrissons des races mongoles. Ces « taches bleues mongoliques » se trouvent chez 50 à 68 pour 100 des nourrissons métis et 38 à 50 pour 100 des nourrissons nègres. Elles sont rares chez les enfants issus de parents européens (un peu plus de 1 pour 100).

Ce fait tendrait à prouver un métissage ancien des noirs américains avec des populations indigènes de sang mongol.

M. GOVAERTS.

### **Thérapeutique dermatologique.**

**L'emploi du salvarsan dans les affections non-syphilitiques** (The use of salvarsan in non syphilitic diseases), par BEST. *Journal of the American medical Association*, 1<sup>er</sup> août 1914, p. 375.

B. a expérimenté le salvarsan dans un grand nombre d'affections cutanées et générales, telles que l'acanthosis nigricans, la dysenterie amibienne, l'anémie, le carcinome, la chorée, la maladie de Duhring, la filariose, la lèpre, le lichen plan, les lupus, le mycosis fongoïde, le pemphigus, le sarcome, la tuberculose, les verrues et nombre d'autres. Il conclut d'une façon générale que : 1° le salvarsan a une action spécifique sur toutes les affections spirillaires; 2° il a des propriétés curatives dans les affections dans lesquelles l'agent pathogène se trouve dans le sang ou dans la lymphe; 3° il a une grande valeur thérapeutique dans les affections où l'arsenic était employé avec succès; 4° il est un adjuvant précieux des autres médicaments dans les affections nécessitant un tonique et un stimulant rapide; 5° le mode d'administration doit dépendre de l'effet recherché : injections intraveineuses et fréquentes lorsqu'on cherche à utiliser son action spécifique, injections intramusculaires à faibles doses espacées lorsqu'on veut obtenir un effet tonique.

S. FERNET.

### **Trichophytie.**

**Microsporie généralisée d'origine animale chez l'homme** (Generalisierte animale Mikrosporie beim Menschen), par G. NOBL. *Dermatologische Wochenschrift*, 21 mars 1914.

L'intérêt du cas de N. réside surtout dans le caractère nettement inflammatoire des placards recouverts de croûtes mélicériques et entourés de pustules miliaires. Le sujet avait été infecté par un chien. La culture donna du *Microsporon lanosum*.

PELLIER.

**Sur la trichophytie secondaire lichénoïde** (Ueber sekundäre lichenoid Trichophytie), par K. HERXHEIMER et H. KÖSTER. *Dermatologische Zeitschrift*, 1914, t. 21, p. 569.

H. et K. commencent par résumer rapidement le travail de Guth sur cette lésion connue de Pellizzari, etc., exanthème à petites papules plus ou moins épineuses développé chez des enfants atteints de trichophytie du cuir chevelu, affectant parfois une forme « spinuleuse », ou une forme de pseudo eczéma séborrhéique.

Puis ils donnent une observation recueillie sur un homme de 33 ans qui présentait depuis 14 jours une éruption pustuleuse du bras gauche rapidement généralisée sous forme de papules croûteuses, qui les transformèrent en papules brillantes. Au microscope, lésions inflammatoires, infiltration périvasculaire, quelques cellules géantes, prolifération atypique de l'épithélium. Aucune trace de champignons.

Ch. AUDRY.

### **Tuberculides.**

**Recherches sur la pathogénie des tuberculides (sensibilisation de la peau par les produits bactériens)** (Beitrag zur Pathogenese der Tuber-

kulide (Sensibilisierung der Haut durch Bakterienprodukte), par S. GROSZ et R. VOLK. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1914, t. 120, p. 301.

R. et H. injectent à des cobayes de la toxine diphtérique, ou de la tuberculine ancienne, ou une émulsion de bacilles tuberculeux bovins tués. Ils les soumettent ensuite à l'action des rayons de la lampe de quartz; ils comparent le résultat obtenu chez ces animaux à celui obtenu chez des cobayes témoins, et voient que les premiers présentent des réactions locales beaucoup plus intenses. Ainsi, des produits bactériens peuvent, tout comme les substances chimiques qui ont été signalées antérieurement, jouer un rôle de sensibilisateur de l'épiderme à l'égard des sources lumineuses.

Ch. AUDRY.

**Un cas de folliclis, d'origine irritative, semblable au lichen plan** (Ein durch Reizungenstandener Fall von Folliclis, der unter dem Bilde der Lichen ruber planus auftrat), par M. KAUFMANN-WOLF. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1914, t. 120, p. 285.

On a signalé des cas de lichen plan apparus après des traumatismes, un choc moral, etc.

Chez une femme de 48 ans, on avait tenté un traitement électrolytique pour une affection dentaire. Un électrode fut appliqué au niveau du poignet et laissa une certaine irritation locale, sur laquelle, au bout de 6 semaines, apparurent des efflorescences de lichen plan. Au microscope, on s'aperçut que ces efflorescences n'étaient rien autre que de petites tuberculides nodulaires parfaitement typiques. Bosellini, Vignolo-Lutati ont publié des cas pareils.

Ch. AUDRY.

**Un cas de poussées successives de tuberculide lichénoïde (lichen scrofulosorum) dans le cours d'un lupus traité par la tuberculine** (Un caso de botros sucesivos de tuberculide liquenoïde (liquen scrofulosorum) en el curso de un lupus tratado por tuberculina), par A. SAINZ de AJA. *Actas dermo-sifiliográficas*, février-mars 1913, p. 106.

Enfant de 7 ans, né de parents vivants et bien portants. Lupus tuberculeux du nez, des joues, des lèvres et du menton, avec envahissement de la muqueuse du nez et des lèvres, plaque grande comme la paume de la main au tiers moyen de la face externe de la cuisse gauche. Le traitement du lupus jusqu'en septembre 1912 par l'acide pyrogallique associé au baume du Pérou et le nitrate d'argent ayant donné peu de résultats, on essaie la tuberculine en octobre. Il y avait une légère éruption discrète de lichen scrofulosorum dans les régions scapulaires et le haut des flancs. Au bout d'un mois et demi de traitement, apparaissent de nombreux éléments de lichen scrofulosorum sur la poitrine, les lombes, le bas des flancs et l'abdomen sans modification favorable du lupus. Cessation du traitement. La tuberculine met en activité des lésions latentes, éteintes, préexistantes, mais sans objectivité clinique. On doit donc suspendre tout traitement par la tuberculine, quand elle détermine une réviviscence de foyers latents, surtout si elle n'a pas modifié les lésions à traiter.

J. MÉNEAU.

### **Tuberculose cutanée.**

**Tuberculose papillomateuse et scléreuse, en plaque de la face dorsale de la langue** (Tuberculosis papilomatosa y sclerosa, en placa de

la cara dorsal de la lengua), par J. DE AZUA. *Actas dermo-sifiliográficas*, octobre-novembre 1914, p. 46.

Il s'agit d'un homme de 55 ans, ayant eu la syphilis il y a 40 ans, présentant actuellement des symptômes manifestes de tuberculose pulmonaire et testiculaire, avec réaction de Wassermann nettement positive. Au tiers moyen de la langue, sur le raphé et vers la gauche, on voit une plaque ovale d'environ 12 millimètres d'un rose un peu plus foncé que le reste de la langue, dépassant à peine le niveau des parties voisines, dont elle est séparée par un sillon d'environ 3 centimètres de profondeur, entourant complètement la partie malade. Celle-ci est formée par un amas de granulations, séparées entre elles par de petits sillons. Lésion d'aspect frambésiforme; ni crevasses, ni traces d'érosion. Les sillons semblent résulter d'un processus de sclérose accompagnant la formation des granulations. Sur les bords du sillon qui entoure la plaque de sclérose, on perçoit aussi l'induration scléreuse, avec grains rouges, durs, gros comme une tête d'épingle que l'on retrouve dans un autre sillon vers la pointe de la langue. Le malade ne ressent pas de troubles de sa lésion. Le mamelonnement de la surface linguale formé d'un véritable pavage d'éléments beaucoup plus grands dans la syphilis, l'étendue généralement plus grande, la coloration bizarre des lésions de la glossite scléreuse syphilitique profonde, la forme en petites plaques à surface lisse et parcheminée de la glossite syphilitique superficielle, l'insuccès de deux injections de calomel portent A. à regarder cette lésion comme d'origine tuberculeuse, bien que dans les tuberculoses avancées les lésions de la langue soient généralement du type ulcéreux. J. MÈNEAU.

**Quelques cas de tuberculose cutanée traités par le cyanure d'or et de potassium** (Di alcuni casi di tuberculosis cutanea curati con il cianuro d'oro e di potassio (Merck), par A. PASINI. *Giornale Italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1913, p. 441.

P. a traité par le cyanure d'or et de potassium, injecté à des doses variant de quelques milligrammes à 5 centigrammes, sans adjonction de traitement local, des lupus vulgaires, des tuberculoses cutanées ulcéreuses. Il a obtenu des améliorations, au moins temporaires. H. MINOT.

**Particularités d'un cas de tuberculose végétante du bord rouge de la lèvre** (Particularidades de un caso de tuberculosis vegetante del bordo rojo del labio), par PEYRI. *Actas dermo-sifiliográficas*, avril-mai 1915, p. 246.

F., 25 ans. Fièvre typhoïde probable il y a 3 ans. A sa suite survinrent sur les lèvres de grosses croûtes dures, proéminentes, couleur de caramel, mêlées en certains points à des points noirs qui sont des coagulum sanguins englobés entre elles, fermes et adhérents aux bords, mais pouvant se détacher au centre, moulant des végétations papillomateuses dendritiques surtout à la lèvre inférieure. Ces végétations sont recouvertes d'une couche de pus clair, saignant en certains points, molles, transparentes, jaunes ou jaune doré, d'aspect rappelant la tuberculose gommeuse; la curette tranchante les détache facilement, laissant à nu une ulcération où sont enclassées d'autres granulations. L'état général est mauvais; signes de tuberculose du sommet droit. L'examen histologique confirme la tuberculose. Amélioration par le radium et la lampe à vapeur de mercure. J. MÈNEAU.

## Urticaire.

**Le sérum humain dans l'urticaire** (Human serum in urticaria), par SWANN. *The Journal of the American medical Association*, 27 février 1945, p. 737.

S. cite un cas d'urticaire rebelle à tout traitement qui guérit à la suite de six injections intraveineuses d'environ 15 centimètres cubes de sérum prélevé sur le frère de la malade. La guérison fut accompagnée d'un retard dans la coagulabilité du sang.

S. FERNET.

**Du traitement de l'urticaire chronique par le nucléinate de soude**, par E. WEILL (de Lyon). *Archives de médecine des enfants*, juin 1946, p. 281.

W. rapporte plusieurs cas d'urticaire chronique, datant de plusieurs années, chez des enfants qu'il a traités par le nucléinate de soude. Cette substance a la propriété de déterminer une leucocytose considérable, précédée d'une légère leucolyse et accompagnée d'une réaction fébrile passagère : une 1<sup>re</sup> injection sous-cutanée de 50 centigrammes dans 10 centimètres cubes de sérum physiologique a, dans un cas d'urticaire datant de 4 ans, chez un enfant de 11 ans, dont l'observation est rapportée avec détails, amené, en même temps qu'une brusque poussée leucocytaire et une réaction fébrile (39°), une atténuation très notable de l'urticaire (disparition ou localisation) pendant 15 jours; ensuite, de nouveau généralisation, mais intensité moindre qu'avant l'injection. On pratique une 2<sup>e</sup> injection de 50 centigrammes. Diminution, puis disparition au bout de 15 jours, cette fois vraisemblablement définitive, car elle dure depuis 3 ans et demi.

Des résultats analogues ont été constatés dans les autres cas rapportés.

Doses à employer : en injections sous-cutanées, ne pas dépasser 50 centigrammes à cause de l'élévation thermique. Renouveler une ou plusieurs fois lorsque la poussée leucocytaire est terminée. En ingestion, 20 à 50 centigrammes quotidiennement pendant 6 à 10 jours; on pourra reprendre après quelques jours d'interruption.

M. GOVAERTS.

## Vaccine.

**Sur les soi-disant nodules de laitiers (infection vaccinale)** (Ueber sogenannte Melkerknoten (Kuhpockeninfektion)), par FRIEBES. *Dermatologische Zeitschrift*, 1944, t. 21, p. 340.

Une femme de 46 ans présente sur le dos de la main droite 2 petits nodules, et un troisième sur le dos de la main gauche.

Ces nodules sont inflammatoires, croûteux, mais non ulcérés, ni suppurés. Au microscope, structure de granulome, avec hyperplasie vasculaire, petits mononucléaires et cellules claires plus volumineuses. d'origine conjonctive ou endothéliale.

C'est aussi la structure des nodules des laitiers tels que les a étudiés Winternitz. Pour F. il s'agit tout simplement de petites tumeurs à peine inflammatoires et répondant à des formes abortives de cow-pox. Ch. AUDRY.

**Vaccine généralisée dans un cas d'eczéma de la tête** (Ein Fall von

generalisierter Vakzine bei Eczema capitis), par K. OBMANN. *Muenchener medizinische Wochenschrift*, 1914, n° 44, p. 770.

Ce cas a été observé sur un enfant de 20 mois. L'enfant guérit malgré des accidents généraux sérieux : fièvre, rate, grosse, bronchite, leucocytose intense, etc.

Ch. AUDRY.

### **Xanthélasma.**

**A propos d'un cas de xanthélasma. Données cytologiques et histochimiques sur les xanthomzellen,** par POLICARD et MANGINI. *Lyon Médical*, 14 juin 1914, p. 1335.

Étude histologique et histochimique des cellules xanthomateuses dans un cas de xanthélasma. P. et M. concluent de leur étude que rien ne démontre à l'heure actuelle que la genèse du xanthélasma résulte simplement d'une fixation de la cholestérine circulante sur les cellules conjonctives. Le processus est en réalité plus complexe. Dans un nodule xanthomateux, on trouve à côté de cellules ayant uniquement fixé de la cholestérine, d'autres cellules ayant uniquement fixé des graisses neutres. Il semble plus logique de penser qu'il s'agit dans la genèse des cellules xanthomateuses d'une fixation d'acides gras tantôt sur l'alcool glyciné, tantôt sur l'alcool cholestériné; la cholestérine étant un constituant absolument constant et normal de tout élément cellulaire. Dans cette transformation de la cellule conjonctive en cellule xanthomateuse, il faut admettre que la cholestérine normale joue un rôle analogue à celui que joue la glycérine.

R.-J. WEISSENBACH.

### **Zona.**

**Herpès zoster avec paralysie du bras** (Herpes zoster with paralysis of arm), par PARKES WEBER. *The British Journal of Dermatology*, novembre 1915, p. 408.

Chez un homme de 64 ans une éruption d'herpès zoster, occupant le côté gauche de la face, du cou et de la partie supérieure du thorax, se complique, au bout de 8 jours, d'une paralysie du bras gauche accompagnée d'atrophie musculaire.

On obtient du même côté le clonus du pied et le signe de Babinski en extension. Les réflexes rotuliens sont exagérés des deux côtés. Pas d'anesthésie. La réaction de Wassermann ayant donné un résultat positif, on institue le traitement spécifique qui ne donne aucun résultat. S. FERNET.

*Le Gérant:* Pierre AUGER.



-  
r

é  
e

st  
n

is  
s-

e-  
l-

e  
a

s.  
s

s  
s,

-  
-

e-  
-

s  
e

é  
s,

-  
-

n  
-

-  
-